Nr 1 Kraków, 1 stycznia 1910. Rok XLIX.

Redakcya: ulica Wielopole 4. Telefon 2002. VIII.
Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.
Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt ponosi w całości autor. Koszta klisz ponoszą autorowie w połowie.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya, w Paryżu V. de Raczkowski, 14 cite de Trevise. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZ. LEKARZY GALICYJSKICH,
ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODN. W PETERSBURGU,
TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO
ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.
WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., w Paryżu V. de Raczkowski, 14 cite de Trevise; nadto urzędy pocztowe w Austryi, Niemczech i Rosyi.

Przedpłata wynosi: w Austryi rocznie 20 koron, półrocznie 10 kor., kwartalnie 5 koron. — W Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem rocznie 7 rubli, półrocznie 3·50 rb. — W Niemczech rocznie 16 marek, półrocznie 8 marek. — We Francyi rocznie 30 franków, półrocznie 15 fr. — W Ameryce północnej rocznie 4½ dolarów.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal. numer podwójnej objętosci 1 kor.

Ten numer ma podwójną objętość.

Do dzisiejszego [illegible] załącza się tylko dla prenumeratorów zamiejscowych jako bezpłatny dodatek zeszyt VI. „Rocznika Lekarskiego".

Rok XLIX. Kraków, dnia 1. stycznia 1910. Nr 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału II. w szpitalu Wolskim w Warszawie.

O zmianach chemicznych w mięśniu sercowym w chorobach serca.

Podał

Kazimierz Rzętkowski,

ordynator oddziału.

(Przedstawione na posiedzeniu klinicznem warszawskiego Towarzystwa lekarskiego d. 16. XI. 1909).

Sprawa zmian w mięśniu sercowym, znajdującym się w stanie niedomogi, o ile dotyczy t. zw. zmian »czynnościowych«, jest dziś jeszcze bardzo niedostatecznie wyjaśniona. Że takie zmiany »czynnościowe« rzeczywiście istnieją w mięśniu sercowym, to zdaje się nie ulega żadnej wątpliwości. Codzienna obserwacya kliniczna poucza nas bowiem, że przy pomocy odpowiedniego leczenia udaje się bardzo często doprowadzić działalność serca, będącego w stanie wybitnej niedomogi, do zupełnej niemal sprawności, w której serce działa całkiem dostatecznie przez czas długi. Gdyby podstawą owej niedomogi, przez nas pomyślnie usuniętej, były jakieś zmiany organiczne, jak np. zwyrodnienie tłuszczowe lub szkliste komórek mięsnych tej lub owej części serca, zanik mięśnia sercowego z rozwojem tkanki łącznej, lub coś podobnego, to nie ulega najmniejszej wątpliwości, że poprawa sprawności mięśnia sercowego byłaby w tych warunkach chyba niemożliwa, a w każdym razie nie tak łatwa stosunkowo do osiągnięcia. Z drugiej zaś strony widujemy bardzo często na autopsyach, że mięsień sercowy żadnym zmianom zwyradniającym nie uległ, a jednak za życia mieliśmy wybitną niedomogę mięśnia sercowego na tle wady zastawkowej lub obwodowego stwardnienia tętnic. Tego rodzaju przypadki pouczają bardzo wyraźnie, że pomiędzy niedomogą mięśnia sercowego, nawet znacznego stopnia, a zmianami w nim, niema żadnego związku równoległości, że istnieć musi jakiś stan, czy stany, »wyczerpania« czy też »przemęczenia« mięśnia sercowego, doprowadzające krążenie do zupełnej dezorganizacyi, które nie posiadają dotychczas — oczywiście przy obecnym stanie techniki badania mikroskopowego — żadnego wykładnika morfologicznego.

Zachodzi pytanie, czy szukając zmian morfologicznych w mięśniu sercowym, będącym w stanie niedomogi, nie popełniamy błędu, obarczając całą odpowiedzialnością za niedomogę mięsień sercowy, nie zaś narządy nerwowe jego. Czy, innemi słowy, przyczyna nie tkwi raczej gdzieindziej nie w mięśniu samym, lecz w układzie nerwowym serca? Odpowiadać na to pytanie tak lub inaczej, byłoby dziś, przedwczesnem. O roli splotów nerwowych serca wiemy dziś jeszcze wogóle bardzo niewiele. Co więcej — od czasu badań Engelmanna, Gaskella, Wenckebacha i in., które stanowią mocną podwalinę dla mięśniowej teoryi czynności mięśnia sercowego, fizyologia serca i wiele zjawisk z zakresu jego patologii obywa się zgoła bez współudziału czynnego narządów nerwowych serca, których zmiany w patologicznych stanach ustroju są nam dziś jeszcze zupełnie nieznane. Mięśniowa teorya czynności mięśnia sercowego nadaje komórce jego zupełną autonomię w kierunku najistotniejszych własności tej komórki, jak zdolność wytwarzania bodźców skurczowych, zdolność oddziaływania na nie, kurczenia się, przewodzenia podniet skurczowych. Owe własności czynnościowe opierają się o pewien układ molekularny, o pewien skład chemiczny komórek mięsnych serca, zależny od dowozu materyału odżywczego do serca z krwią oraz od prawidłowej przeróbki tego materyału i wydalania części zużytych. Pojęcia takie, jak »skład chemiczny», jak »układ molekularny«, są zbyt subtelne dla oceniania ich drogą mikroskopowego badania. Zmiany w nich zachodzące — niech to będą np. jakieś zmiany w ugrupowaniu części molekułu białkowego — pod względem biochemicznym wystarczające do zdezorganizowania czynnościowego komórki mięśnia sercowego, nie dadzą się dziś żadną miarą poznać i ocenić morfologicznie przy pomocy mikroskopu i barwików. To też przyznać należy, że mięśniowa teorya czynności mięśnia sercowego, otwierająca szerokie horyzonty dla biochemii normalnej i patologicznej tego mięśnia, nietylko nie przeczy w zasadzie teoryi o istnieniu zmian t. zw. »czynnościowych« w chorym mięśniu sercowym, ale owszem przemawia raczej na jej korzyść. Jej uzupełnieniem i rozwinięciem są właśnie zajmujące badania Loeba nad wpływem pewnych jonów na sprawność komórki mięśnia sercowego, badania, które zresztą dla patologii klinicznej mięśnia sercowego nie przedstawiają dziś jeszcze większego znaczenia praktycznego.

Celem prac moich, z których zamierzam zdać poniżej sprawę, było zbadanie, czy w mięśniu sercowym, będącym

w stanie przerostu lub rozszerzenia (dilatatio), dadzą się zauważyć jakieś zmiany pod względem zawartości białka, suchej substancyi i soli kuchennej. Ten ostatni składnik komórki mięśnia sercowego wybrałem umyślnie wobec coraz to wybitniej uwydatniającego się wpływu soli kuchennej w patogenezie niektórych stanów chorobowych, zwłaszcza w zakresie układu krążenia. Muszę tu zaznaczyć z góry, że w samych badaniach tego rodzaju, dotyczących składu chemicznego tkanek czy narządów, drogą autopsyi otrzymanych, tkwią pewne źródła błędów, niedających się uniknąć. Przedewszystkiem bowiem nie wiemy, czy sprawy bakteryjne, autolityczne, lub inne zmiany w osmozie tkanek i komórek martwych, w kilkanaście godzin po śmierci same przez się nie wywołują pewnych modyfikacyi w składzie chemicznym badanego materyału, który *in vivo* posiadał skład chemiczny inny. A następnie, w warunkach mych badań, trudno mi było usunąć minimalną choćby domieszkę krwi z cząstek mięśnia sercowego, badanych przezemnie. Przemywanie serca *in toto* jakimś płynem »obojętnym« może wystarczyłoby, gdybym poprzestał był na oznaczaniu białka, ale niewątpliwie wpłynęłoby na ilość suchej substancyi lub zawartość w niej Na Cl drogą osmozy przez martwe, zwiotczałe, a może popękane ściany naczyń włosowatych. Jedynym sposobem uniknięcia tych i tym podobnych błędów było zupełnie identyczne wykonywanie wszystkich badań tak, iżby wielkość ewentualnego błędu była zawsze ta sama, a wpływ jego na wyniki ostateczne przez to nieznaczny. Co do serca, to i ten wzgląd odgrywa poważną rolę, że o ile chodzi o serce ludzkie, to prawie niepodobieństwem jest stwierdzić, jaki jest skład chemiczny mięśnia zdrowego serca ludzkiego. Materyał bowiem uzyskujemy na autopsyi ze zmarłych na jakąś dłuższą chorobę, mniej lub więcej wyczerpującą ustrój, mogącą mniej lub więcej wpłynąć na skład chemiczny tych lub owych narządów. Stąd też za punkt wyjścia do porównań bierzemy nie zdrowe serca, lecz serca zmarłych na choroby nie serca.

Po zastrzeżeniach powyższych zaznaczyć jeszcze pragnę, że metodyka mych badań była następująca. Brałem do badania cząstki mięśnia sercowego osobno z prawej i osobno z lewej komory. Chcąc uniknąć domieszki tłuszczu, nieraz w znacznej ilości wrastającego w obwodowe zewnętrzne części mięśnia, zwłaszcza komory prawej, wykrawałem ostremi nożyczkami i nożem z rozmaitych miejsc prawej i lewej komory (nie z przegrody!) kawałki mięśnia sercowego. Do oznaczenia suchej substancyi brałem zazwyczaj około 1—2 grm. mięśnia z miejsc różnych, do oznaczenia białka, ew. do oznaczenia N metodą Kjeldahla, około 2—4 grm., — do oznaczenia Na Cl (po zwęgleniu i wytrawieniu węgla wodą zakwaszoną HNO_3) 6—10 grm. Kawałki mięśnia po wycięciu z serca, świeżo wyjętego ze zwłok, i lekkiem obtarciu bibułką, niezwłocznie odważałem i niezwłocznie używałem do badań, chcąc w ten sposób skrócić do minimum postępowanie spraw pośmiertnych, mogących wpływać na zmianę w składzie chemicznym badanego materyału.

Po tych uwagach przystępuję do omówienia wyników mych badań [1]), w sposób powyższy dokonywanych.

---

[1]) Badania te rozpoczęto d. 20. IV. 1907.

I.

Mięsień sercowy ludzi, zmarłych na choroby ogólne, nie sercowe.

Tablica I obejmuje wyniki badań chemicznych mięśnia sercowego ludzi, zmarłych na choroby niesercowe. Ułożona jest ona w ten sposób, że numera z tablicy I A. odpowiadają numerom z tablicy I B, dotycząc lewej i prawej komory tych samych serc. To pozwoli nam na porównanie składu mięśnia komory lewej i prawej tego samego serca.

A. Mięsień komory lewej.

Nr	N	Na Cl	Sucha substancya	Uwagi
1	2·46	0·0586	18·000	Tuberculos. pulmonum
2	2·44	0 0736	16 190	Tuberc. pulm. incip. Mening. tbc.
3	2·53	0·0330	18 740	Carc. mammae. Cachexia.
4	2·41	—	17·910	» » »
5	2·564	0·0135	19·351	Carcinoma ventriculi.
6	2·875	0·0631	19·425	Tuberculos. pulmonum.
7	2·329	0·0149	17 004	Typhus abdominalis.

B. Mięsień komory prawej.

Nr	N	Na Cl	Sucha substancya	Uwagi
1	2·470	0·0729	19·570	Tuberculos. pulmonum.
2	2·180	0·0682	15·150	Tuberc. pulm. incip. Mening. tbc.
3	2 350	0·012	15 880	Carc. mammae. Cachexia.
4	—	—	—	» » »
5	2·987	0·0599	18·424	Carcinoma ventriculi.
6	2·481	0·1180	16·145	Tuberculos. pulmonum.
7	2 009	0·1390	14 500	Typhus abdominalis.

Średnie.

I N	II Białko	III Na Cl	IV Sucha sub.	V Sucha sub. — Na Cl i Białko	VI Uwagi
2·558	15·9875	0·0431	18·089	2 0584	Lewa komora.
2·413	15·08125	0·0783	16·610	1 4514	Prawa komora

Druga rubryka zestawienia powyższego wyraża ilość substancyi pracującej serca; piąta zaś — pozostałość suchej substancyi po odciągnięciu od niej części, przypadającej na białko i chlorki — może być przyjęta z pewnem prawdopodobieństwem za przybliżony wskaźnik materyału energetycznego, opałowego, który serce zużywa na pracę pożyteczną (tłuszcz, pozostałość po zapasie glikogenu i t. p.). Oczywiście, rubryka ta nie ma żadnej ścisłości i oceniać ją należy jako bardzo przybliżoną.

Rozpatrzmy poszczególne rubryki zestawień powyższych.

Przedewszystkiem zaznaczyć tu wypada, że naogół dane moje dla N są nieco wyższe od danych J. Bencea, ogłoszonych w ostatnich czasach [2]), o czem poucza zestawienie liczb tego autora dla N mięśnia lewej i prawej komory.

---

[2]) Die Verteilung des Stickstoffes im hypertrophischen Herzmuskel. Zeitschr. f. klin. Med. T. 66, str. 441. 1909.

Przypadek	N mięśnia komory prawej	N mięśnia komory lewej
1	1·93	2·44
2	2·17	2·40
3	1·96	2·53
4	2·27	2·56
5	2·19	2·39
6	2·32	2·41
Średnie	**2·19**	**2·45**

Dane J. Bencea dotyczą wprawdzie mięśnia w stanie przerostu, o czem dalej będzie mowa. Są one, jak widzimy, wogóle niższe, acz zresztą dosyć blizkie moich liczb. I tu jednak widzimy, że liczby dla komory prawej i lewej nie są identyczne.

Na zasadzie danych moich dojść musimy przedewszystkiem do tego wniosku, że mięsień komory lewej zawiera więcej białka, więcej istoty kurczliwej, niż mięsień komory prawej. Odnosi się tu wrażenie, że różnica pomiędzy mięśniem komory prawej i komory lewej jest prawdopodobnie taka, jakaby była pomiędzy mięśniem szkieletowym atlety i człowieka fizycznie niedołężnego. Okoliczność powyższa jest zgodna z tą ilością pracy, jaką mięsień lewej komory wykonywa w porównaniu z mięśniem komory prawej. Jest ona jednak w sprzeczności z pojęciem naszem, jakoby mięsień sercowy człowieka dorosłego stanowił pod każdym względem jedną całość. Tak jest może u zarodka przed zróżniczkowaniem się poszczególnych części serca, wówczas, gdy redukuje się ono do prostej rury naczyniowej, której górny koniec jest tętniczym, dolny żylnym. Atoli u człowieka dorosłego, jak widzimy, przynajmniej pod względem chemicznym owo pojęcie o sercu, jako o jednej i wszędzie jednolitej całości, utrzymać się nie da. Zresztą i teorya mięśniowa czynności mięśnia sercowego uznaje pewne różnice w poszczególnych jego częściach, przypisując np. komórkom mięśnia przedsionka prawego w okolicy wpustu wielkich żył większą zdolność do wytwarzania automatycznych bodźców skurczowych, niż innym częściom mięśnia, natomiast obdarzając większą kurczliwością te części mięśnia, które leżą bliżej ku koniuszkowi.

Ale mięsień lewej komory zawiera nietylko więcej elementów kurczliwych (t. j. białka), lecz również rozporządza, zdaje się, większą ilością materyału energetycznego, o ile za taki uznać nam wolno dane z rubryki piątej zestawienia powyższego. Natomiast mięsień prawej komory zawiera z górą półtora raza tyle Na Cl, co mięsień lewej komory, a nadto nieco więcej wody, przytem w poszczególnych przypadkach (np. Nr 7, tabl. I. A i I. B) ilość Na Cl w mięśniu komory prawej nieomal dziewięćkrotnie przewyższa ilość Na Cl w mięśniu komory lewej. Zjawisko to postaramy się należycie oświetlić poniżej.

II.

Mięsień sercowy w chorobach serca.

A. Stany przebiegające z rozszerzeniem komory prawej.

Przypadki zestawione w tablicy poniższej dotyczą wyłącznie zmarłych — po dłuższej chorobie — na wady ujścia żylnego lewego (zwężenie lub niedomykalność zastawki dwudzielnej), oraz niepowikłanej rozedmy płuc. Grubość mięśnia prawego serca w najgrubszem miejscu we wszystkich tych przypadkach była znacznie mniejsza, niż w lewem sercu, przyczem nieraz połowa grubości ściany prawej komory przypadała zazwyczaj na tłuszcz, który starano się jaknajdokładniej odpreparować; kawałki brano od wnętrza ściany. Stosunkowo niezbyt wielkie różnice w cyfrach, zgrupowanych w tablicy poniższej, świadczą, jak się zdaje, że udawało się uniknąć błędów, wynikających z trudności technicznych uzyskiwania materyału jednolitego.

Tablica II.

Nr	N		Sucha substanc.		Na Cl		Uwagi
	komora prawa	komora lewa	komora prawa	komora lewa	komora prawa	komora lewa	
1	2·190	2 510	17 95	17·24	0·1040	0 082	Emph. pulm. Insuf. tric. rel.
2	2 20	2·550	15 33	17·19	0·1058	0·0975	» »
3	1·950	2·490	16 58	17 91	0·1780	0·107	» »
4	2·430	2·480	16 29	18·12	0·120	0·068	Stenos. mitralis. Insuf. tric. rel
5	2 083	2 380	14 32	16·08	0·196	0·0791	Sten. et ins. mitr. Ins. tr. r. h. c
6	2·286	2·418	17·209	18·704	0 0916	0·0509	» »

Średnie.

N	Białko	Na Cl	Sucha substanc	Sucha sub. Białko i Na Cl	Uwagi
2·191	13·6938	0·1338	16·28	2·4524	Mięsień k. prawej.
2·438	15·2375	0·0808	17·574	2·2557	Mięsień k lewej.

Zestawiamy tu mięsień rozszerzonej komory prawej, będący w stanie wyczerpania krańcowego, z mięśniem komory lewej, stosunkowo, jak to z danych klinicznych wynika, mało dotkniętym. Widzimy tu różnice wybitne, znacznie przewyższające to, cośmy stwierdzili w zestawieniu średnich na zasadzie tablicy I. A i B (str. 2). Z powyższych danych wynika, że »rozszerzeniu« mięśnia sercowego towarzyszy przedewszystkiem zmniejszenie w nim odsetki białka, t. j. istoty czynnej, pracującej, zmniejszenie w nim ilości substancyi suchej, oraz, co zastanawia tutaj, wzmożenie się tej ilości pozostałości z substancyi suchej, którą za wskaźnik materyału energetycznego uznaliśmy. Możliwem jest, że liczba ta wzrosła skutkiem niedostatecznego usunięcia tłuszczu, chociaż błąd ten nie może tu chyba być zbyt znaczny, na co wskazują dosyć jednolite wyniki dla N, Na Cl i suchej substancyi wogóle.

Najbardziej atoli jest uderzająca znaczna zawartość Na Cl w wyczerpanym mięśniu rozszerzonej komory prawej. Zanim scharakteryzujemy bliżej własności wyczerpanego mięśnia prawej komory, zestawimy tylko co otrzymane średnie ze średniemi dla serca osób, zmarłych na choroby ogólne, nie sercowe. Zestawienie takie uważam za najzupełniej uzasadnione, albowiem i tu i tam mamy zgubny wpływ na serce długotrwałego cierpienia, a nadto tu mamy jeszcze zmiany swoiste w samym mięśniu. Wolno nam tedy mięsień sercowy osób zmarłych na choroby ogólne uznać za normę do porównań.

Średnie dla mięśnia komory prawej.

N	Białko	Na Cl	Sucha substanc.	Sucha sub. — Białko i Na Cl	Uwagi
2 413	15·08125	0·0783	16·611	1·4514	Choroby ogólne.
2·193	13·6938	0·1338	16·28	2·4524	Choroby serca. (Rozszerzenie prawej komory).

Na zasadzie zestawienia powyższego możemy sobie uprzytomnić w zarysie zmiany, jakie zachodzą w mięśniu serca »wyczerpanym«, w stanie całkowitej niedomogi będącym. Przedewszystkiem zmniejsza się w nim zapas substancyi białkowych — samej istoty pracującej. Określenia przeto »rozszerzenie serca« (dilatatio cordis), które każe się domyślać tylko rozszerzenia, t. j. raczej mechanicznego rozciągnięcia włókien mięsnych serca, nie zaś zmian ilościowych w samej substancyi mięśniowej, za zupełnie słuszne uznać niepodobna. Istota kurczliwa nie ulega tu wyłącznie wpływom mechanicznym, lecz po części zanika (o 1·3% białka mniej w rubryce 2). Mimo to wydaje się, że ilość materyału energetycznego nietylko nie zmniejsza się w mięśniu w stanie niedomogi, lecz może nawet wzrasta (rubr. 5). Znaczy to, że nieco zmniejszona ilość substancyi kurczliwej mięśnia nie zdoła przerabiać na pracę pożyteczną zebranego w niej materyału energetycznego. Istota przeto niedomogi tkwi nie w braku dowozu do mięśnia sercowego materyału energetycznego, którym mięsień rozporządza w ilości aż nadto wystarczającej, lecz w zmianach ilościowych w samym mięśniu, w zaniku samej substancyi kurczliwej.

Z zestawienia widzimy dalej, że chodzi tutaj nietylko o zmiany ilościowe w mięśniu. Wybitny wzrost w nim Na Cl w porównaniu z »normą« świadczy, że mamy tu do czynienia z zatrzymywaniem Na Cl w mięśniu sercowym, czemu też towarzyszy wzrost ilości wody. Sprawia to wrażenie pozornie obrzęku mięśnia sercowego. W każdym razie możnaby tu dopatrywać się trującego wpływu nadmiaru Na Cl na mięsień sercowy. Kto wie przeto, czy w niedomodze mięśnia sercowego trujący wpływ uległego w nim zatrzymaniu Na Cl nie odgrywa pewnej roli? Do wniosków, jakie z tego wysnuć się dadzą, powrócimy jeszcze poniżej.

Zestawmy z kolei wyniki naszych badań mięśnia komory lewej w stanach niedomogi przeważającej mięśnia prawej komory.

Średnie dla mięśnia komory lewej.

N	Białko	Na Cl	Sucha substanc.	Sucha sub. — Białko i Na Cl	Uwagi
2·438	15·2375	0·0808	17·574	2·2557	Choroby serca.
2·558	15·9875	0·0431	18·089	2·0584	Choroby ogólne.

W zestawieniu tem widzimy co do mięśnia chorego serca zmniejszenie się we wszystkich rubrykach z wyjątkiem rubryki 3, dotyczącej zawartości Na Cl w mięśniu. Niepodobna tu przeto nie uznać, że w tych stanach, w których niedomoga prawego serca przeważa, i lewe serce ulega zmianom biochemicznym, z których na plan pierwszy wysuwa się zatrzymanie w nim Na Cl.

B) Przejdźmy z kolei do rozpatrzenia danych, dotyczących mięśnia sercowego w stanie przerostu.

Zestawienie poniższe dotyczy przypadków przerostu lewego serca, przeważnie wskutek zmian w ścianach tętniczych na obwodzie (arteriosclerosis).

Tablica III.

Nr	N		Na Cl		Sucha subst.		Uwagi
	v. sinist.	v. dextr.	v. sinist.	v. dextr.	v. sinist.	v. dextr.	
1	2·57	2·19	0·129	0·198	17·36	16·11	l. 56. Cor bovinum.
2	2·37	2·06	0·108	0·141	15·54	15·36	l. 60.
3	2·60	2·11	0·0624	0·119	17·87	16·15	l. 73.
4	2·55	2·21	0·097	0·106	17·19	15·33	Insuf. aortae arterioscl. Mors subita in statu mel. post therap. digitali l. 42.
5	3·08	2·66	0·0964	0·128	19·69	19·29	l. 58. Apoplexia cereb.
6	2·46	2·22	0·0184	0·110	20·67	18·51	l. 56.
7	2·52	2·11	0·0675	0·0914	18·32	16·19	l. 20. Insuf v. s. aortae.

Średnie.

N	Białko	Na Cl	Sucha substanc.	Sucha sub. — Białko i Na Cl	Uwagi
2·59	16·188	0·0827	18·09	1·7193	komora lewa.
2·22	13·875	0·1276	16·74	2·7275	komora prawa.

Widzimy tu, że w stanach przerostu mięśnia lewej komory serca istnieją wybitne różnice pomiędzy prawą a lewą komorą. lewa posiada znacznie większy zapas substancyi białkowej, pracującej, nieco mniej Na Cl, którego powiększenie się w mięśniu sercowym zdaje się towarzyszy zjawisku wyczerpania tegoż, a nadto ilość materyału energetycznego (rubr. V.) w mięśniu przerosłym jest wyraźnie zmniejszona. Chcąc dokładniej uprzytomnić sobie zmiany w przerosłym mięśniu lewej komory serca, zestawmy tu dane, jakie wogóle dla mięśnia lewej komory dotychczas otrzymaliśmy:

Mięsień lewej komory serca.

N	Białko	Na Cl	Sucha substanc.	Sucha sub. — Białko i Na Cl	Uwagi
2·558	15·9875	0·0431	18·089	2·0584	Choroby ogólne nie serca.
2·438	15·2375	0·0808	17·574	2·2557	Lewe serce przy stanach rozszerzenia prawego.
2·590	16·188	0·0827	18·09	1·7193	Przerost lewego serca.

W zestawieniu tem największe liczby otrzymujemy w szeregu ostatnim (z wyjątkiem rubr. V.), odpowiadającym przerostowi lewego serca. Atoli większej różnicy odsetkowej pomiędzy mięśniem lewego serca w chorobach ogólnych, a mięśniem lewego serca w stanie jego przerostu, nie stwierdzamy. Chodzi tu więc prawdopodobnie o przerost ilościowy, nie zaś, że tak powiem, o zwiększenie się w komórce mięsnej koncentracyi białka. Już wybitniejszą różnicę widzimy pomiędzy lewem sercem przerosłem, a lewem sercem w stanach rozszerzenia prawej komory. Komora przerosła posiada mięsień nieco bogatszy w białko, równie dużo Na Cl i mniej materyału energetycznego.

Zastanawiającą jest duża stosunkowo odsetka Na Cl w mięśniu przerosłym. Czy ma to oznaczać, że mięsień ten

już był wyczerpany, że bądź co bądź śmierć chorych nastąpiła wówczas, gdy w mięśniu przerosłym pojawiły się oznaki niedomogi, wystąpiło osłabienie? Rozporządzając zaś tu z konieczności wyłącznie materyałem pośmiertnym, nie możemy oczywiście rozstrzygać, czy i o ile w zgrubiałym i przerosłym mięśniu lewej komory nie istnieją już oznaki osłabienia.

Co się tyczy »materyału energetycznego«, to zdaje się, że stosunkowo najmniejsza ilość jego znajduje się w tych stanach, kiedy mięsień serca ulega przerostowi. Należy więc prawdopodobnie mniemać, że mięsień w stanie przerostu najskuteczniej wyzyskuje zapas energii utajonej, jaka w postaci materyału energetycznego ze krwią doń dopływa.

Dla uzupełnienia całokształtu zjawisk biochemicznych, jakie zachodzą w mięśniu sercowym w stanach zaburzenia jego czynności, zanim przejdziemy do sformułowania ostatecznych wniosków, jakie z badań powyższych wysnuć się dadzą, musimy zestawić jeszcze skład chemiczny mięśnia prawego serca w ten sam sposób, jak to przed chwilą uczyniliśmy dla mięśnia lewego serca.

Mięsień prawego serca.

N	Białko	Na Cl	Sucha substanc.	Sucha sub. Białko i Na Cl	Uwagi
2·413	15·08125	0·0783	16·610	1·4514	Choroby ogólne nie serca.
2·22	13·875	0·1276	16·73	2·7274	Stany przerostu lewego serca.
2·191	13·6938	0·1338	16·28	2·4524	Stany rozszerzenia prawego serca

Zestawienie to poucza, że pomiędzy składem mięśnia prawej komory podczas przerostu lewej i podczas rozszerzenia prawej różnicy wybitniejszej niema. Natomiast w obu tych stanach mięsień komory prawej różni się dosyć znacznie od tych stanów, w których serce jest »zdrowe«, zarówno swą zmniejszoną zawartością substancyi pracującej (białko), jak i zapasem materyału energetycznego, jako też zwłaszcza znacznie wzmożoną ilością chlorku sodu.

III.

Na zasadzie przytoczonych powyżej wyników mych badań uważam za właściwe wypowiedzieć tu kilka wniosków ogólniejszych, dotyczących zmian w chemizmie mięśnia sercowego w stanach chorobowych.

1) Skład chemiczny obu komór serca u ludzi, zmarłych naturalną śmiercią po dłuższej lub krótszej chorobie, nie jest zupełnie jednolity. Mięsień komory lewej zawiera więcej białka (istoty kurczliwej), więcej substancyi suchej i prawdopodobnie więcej materyału energetycznego. Natomiast zawiera on znacznie mniej chlorku sodu. Trudno powiedzieć tu, czy wniosek ten da się rozciągnąć na serce zupełnie zdrowe, serce »żywe« człowieka w pełni sił i zdrowia? Czy mianowicie i takie serce nie jest jednolite pod względem składu chemicznego mięśnia obu połów? Na to pytanie nie mogę tu odpowiedzieć, ponieważ badania moje wykonywałem z mięśniem serca, otrzymanym w 12—20 godzin po śmierci osób, zmarłych na rozmaite choroby. Sprawę tę możnaby chyba rozstrzygnąć, badając wyłącznie serca osób młodych i zdrowych, zmarłych śmiercią przypadkową. Takich badania moje nie dotyczyły. Sądząc wszelako ze składu chemicznego serc zwierzęcych — króliczych —, o ile oczywiście wyniki badań na zwierzętach wolno bez zastrzeżeń przenosić na narządy ludzkie, skład ten mięśnia obu komór serca jest dosyć jednolity. Rozporządzam mianowicie badaniami 2 serc króliczych, w których średnio otrzymałem wyniki następujące:

N	Na Cl	Sucha subst.	Mięsień
2·65	0·076	10·30	komora lewa.
2·61	0·069	10·37	komora prawa.

Różnice, jak widzimy, są tu minimalne. Jeżeli więc dane te możnaby było przenieść i na serca ludzkie, i na ich zasadzie uznać, że skład chemiczny obu połów serca zdrowego pod każdym względem jest jednolity, to bądź co bądź, na zasadzie danych moich, należałoby dojść do wniosku, że w stanach chorobowych wogóle jednolitość ta ulega zakłóceniu, przyczem to zakłócenie występuje przeważnie w postaci nagromadzania się znaczniejszej ilości Na Cl w tej części mięśnia sercowego, która pracuje nie tak intenzywnie, mianowicie też w mięśniu prawej komory. Jednocześnie zaś i zawartość w tym mięśniu materyału energetycznego zmniejsza się nieco.

2) W chorobach, dotykających pierwotnie serca, owa niejednolitość w składzie chemicznym mięśnia obu komór serca uwydatnia się jeszcze bardziej.

Jeżeli za wytyczne dla wyczerpanego mięśnia sercowego uznamy te dane, które otrzymaliśmy dla komory prawej w stanach przebiegających z jej rozszerzeniem, to tu zaznaczyć powinniśmy przedewszystkiem dosyć wyraźną różnicę w odsetkowej zawartości białka — substancyi kurczliwej — w mięśniu (około 1,4%). Jest to wyrazem pewnego, acz nieznacznego jakościowego zaniku mięśnia, ubytku w komórce substancyi kurczliwej. Czy posiada to jakiś wpływ większy na wydajność mięśnia serca, jest wątpliwe. Nie możemy tu też odpowiedzieć na to pytanie, czy mięsień komory rozszerzonej, mięsień wyczerpany o zmniejszonej zawartości białka, z chwilą poprawy, po usunięciu niedomogi, posiada zdolność wyrównywania swych braków jakościowych Aby na to pytanie odpowiedzieć należałoby zbadać mięsień sercowy tego samego chorego w stanie niedomogi i po jej przeminięciu, co oczywiście jest zupełnem niepodobieństwem.

Z badań moich zdaje się wynikać, że mięsień komory rozszerzonej, będący w stanie wyczerpania i zaniku częściowego, posiada wszakże dostateczny zapas materyału energetycznego. Jeżeli tak jest istotnie, to wynika stąd, że niedomoga mięśnia sercowego nie jest skutkiem braku w nim materyału do pracy pożytecznej; przeciwnie nawet materyału tego jest w nim nieco więcej. Zdaje się przeto, że mięsień sercowy w stanie niedomogi traci własność należytego przerabiania zebranego w nim zapasu energii potencyalnej w kinetyczną, w pracę pożyteczną.

Doświadczenie kliniczne pospolicie uczy, że w wielu razach udaje się przy pomocy t. zw. środków sercowych usuwać na czas dłuższy niedomogę sercową. Jeżeli przeto

uznamy za zjawisko rzeczywiste wynikającą z badań powyższych utratę przez mięsień sercowy zdolności przerabiania nagromadzonej w nim energii potencyalnej w kinetyczną, to wynika stąd, że zjawisko to bywa nieraz przejściowe, że udaje się nieraz usuwać je przy pomocy środków leczniczych. Owa przejściowość tego zjawiska najlepiej dałaby się wyjaśnić jakiemś chwilowem zatruciem komórki mięśnia sercowego »wyczerpanego«, zatruciem, które potrafimy usuwać przy pomocy środków sercowych.

3) Pewne światło na to zjawisko rzuca, być może, stwierdzona przez nas powyżej znaczna zawartość NaCl w mięśniu, będącym w stanie niedomogi. Zachodzi przeto pytanie, czy wzmaganie się ilości NaCl w mięśniu sercowym, będącym w stanie niedomogi, nie wywołuje upośledzenia komórki tego mięśnia pod względem przerabiania materyału energetycznego w pracę pożyteczną, skąd słabość skurczów i mały ich wynik ze wszelkiemi płynącemi stąd dla krążenia krwi następstwami. Moje badania w każdym razie upoważniają do takiego przypuszczenia. Chodzi tu przecież o dosyć znaczne wzmożenie się ilości NaCl w mięśniu prawej komory w stanie niedomogi w porównaniu z mięśniem sercowym, pochodzącym ze zmarłych na choroby ogólne, nie serca: 0,1338%, zamiast 0,0783%, t. j. o 42% niespełna. Być przeto może, że owo nagromadzanie się NaCl w mięśniu sercowym w stanie niedomogi wywołuje w nim stan zatrucia, skąd osłabienie jego działalności (discompensatio). Zachodzi teraz pytanie, czy zachodzi tu historetencya NaCl, jako takiego, czy też zatrzymanie się NaCl w rozczynie; innemi słowy, czy wzmożonemu zatrzymaniu się NaCl w mięśniu niedomożnym towarzyszy także zatrzymanie wody w stosunku odpowiednim? Tak, zdaje się, nie jest. W pierwszym bowiem razie (choroby ogólne) w 100 grm mięśnia znaleźliśmy 83 grm H_2O i 0,0783 grm NaCl (t. j. 0,09% rozczyn NaCl), w drugim zaś (rozszerzenie prawej komory i niedomoga mięśnia) w 100 grm mięśnia tyleż prawie wody — 83 grm — i 0.1338 grm NaCl (t. j. 0,16% rozczyn NaCl). Mamy więc tu najzupełniejsze prawo mówić o historetencyi NaCl, jako takiego, t. j. nie o »obrzęku« mięśnia sercowego rozczynem solnym o słabem zgęszczeniu, lecz o zatrzymywaniu się cząsteczek NaCl w samych komórkach mięśnia sercowego.

Zjawisko powyższe rozpatrywać można dwojako, a mianowicie: zatrzymywanie się NaCl w mięśniu sercowym w niczem działalności jego nie narusza, lecz jest pospolitym skutkiem zaburzenia wymiany w mięśniu, w stanie niedomogi będącym, lub też — zatrzymywanie to czynnie wpływa na słabszą wydajność roboczą komórek mięsnych, działając na nie trująco. Oczywiście trudno z całą pewnością odpowiedzieć twierdząco na jedno z tych pytań, a odrzucić drugie. Stojąc atoli na gruncie codziennej obserwacyi klinicznej, skłaniałbym się bardziej do poglądu, że nagromadzający się w mięśniu sercowym NaCl działa trująco na jego komórki, osłabiając ich czynność. Za tem przemawia bowiem dobroczynny wpływ, jaki wywiera t. zw. dyeta bezsolna w stanach niedomogi. Widzimy tu, że podczas stosowania dyety mlecznej, n. p. dyety Karella, ilość wydalanego z moczem chlorku sodu szybko wzrasta, do kilkudziesięciu grm na dzień. Stąd wniosek, że nie może być tu mowy o niedomodze nerek w kierunku wydalania NaCl, skoro potrafią one wydalać tyle chlorków. Gdzieindziej przeto, a nie w nerkach, należy poszukiwać przyczyny zatrzymywania chlorków. Możliwe jest zatem, że w okresie zatrzymywania chlorków w stanach niedomogi wzrasta ilość NaCl i w mięśniu sercowym, co trująco działa na jego komórki, wiodąc do osłabienia serca i do niewyrównania. Z chwilą zastosowania dyety bezsolnej ilość NaCl w sokach ustroju spada, więcej NaCl z mięśnia sercowego przenika do krwi, szkodliwy wpływ nadmiaru w mięśniu sercowym NaCl zmniejsza się coraz bardziej, przez co też mięsień coraz skuteczniej pracować zaczyna i jeszcze więcej NaCl z ustroju przez nerki wydala. Stąd też przyczyna tak obfitej dechloruracyi w okresie ustępującej pod wpływem dyety bezsolnej niedomogi serca tkwi nie w poprawie sprawności nerek, lecz pierwotnie we wzmocnieniu się działalności mięśnia sercowego, a dyeta bezsolna nie jest skierowana ku poprawie sprawności nerek, lecz przedewszystkiem dobroczynnie wpływa na mięsień sercowy, odtruwając go, że tak powiem. Środki zaś takie, jak naparstnica i t. p., ułatwiają tylko z jednej strony irrygacyę mięśnia sercowego, z drugiej zaś — może wskutek ujemnych wpływów chromotropowych lub batmotropowych, zmniejszają w nim zdolność do wytwarzania zbyt pośpiesznie bodźców skurczowych, osłabiają jego pobudliwość, stwarzają jednem słowem warunki, sprzyjające powstawaniu skurczów wolniejszych i skuteczniejszych, mocniejszych. To wszystko razem poprawia warunki krążenia, usuwa niedomogę. Tak więc pomiędzy niedomogą mięśnia sercowego, a zatrzymywaniem się w nim chlorku sodowego istnieje zdaje się blizki związek. Zatrzymywanie NaCl w mięśniu sercowym jest w świetle rozważań powyższych czynnikiem osłabiającym pracę tegoż mięśnia, dechloruracya zaś zjawiskiem, które powraca mięśniowi sercowemu jego dawną sprawność.

4) Przejdźmy wreszcie do rozważenia zmian, jakie stwierdziliśmy w mięśniu przerosłym.

Widzimy tu, że pod względem zawartości odsetkowej białka — istoty pracującej — większych zmian niema. Chodzi tu przeto wyłącznie o wzrastanie w nim komórek, o przerost istotny, nic zaś o jakąś zmianę w samej zawartości białka w tych komórkach. W przeciwieństwie do tego, w stanach, którym towarzyszy rozluźnienie komory, widzieliśmy wyraźne, acz niewielkie zmiany w samej zawartości białkowej części protoplazmy komórek mięsnych. Stąd wniosek, że komórka mięśnia sercowego niezdolna jest wzmagać w swej protoplazmie ilości białka, że ilość substancyi kurczliwej, pracującej w niej, może ulegać zmniejszeniu, nie może wszakże powiększać się. Ilość materyału energetycznego w mięśniu przerosłym jest zdaje się wyraźnie zmniejszona w porównaniu z tem, cośmy widzieli dla mięśnia w stanie osłabienia, który rozporządzał większą ilością tej frakcyi suchej pozostałości, którą za »materyał energetyczny« uznaliśmy. Jest przeto prawdopodobnem, że w mięśniu, działającym słabo, występuje nadmiar nie ulegającego zużyciu materyału energetycznego, którego w mięśniu przerosłym znajduje się mniej, być może skutkiem żywszej czynności mięśnia i wzmożenia się w nim ilości komórek pracujących. Czy owo przeładowanie osłabionego mięśnia materyałem energetycznym, które w okresach cięższych uwydatnia się w postaci stłuszczenia, nie jest na równi z Na Cl czynnikiem, wielce utrudniającym prawidłową

pracę mięśnia, na to pytanie pewnej odpowiedzi dać tu oczywiście niepodobna; wolno mniemać, że jest to bardzo możliwe.

W mięśniu przerosłym serca lewego wzrasta nieco ilość Na Cl w porównaniu z mięśniem w stanie zwykłym (0·0827% Na Cl przerost, 0·0431% stan zwykły). Na zjawisko to, w świetle rozważań naszych, musimy patrzeć jako na objaw okresu schyłkowego w czynności mięśnia przerosłego, kiedy poczynają uwydatniać się w nim objawy powolnego wyczerpywania się, będącego, jak wiadomo, przyczyną zejścia śmiertelnego w sprawach, z przerostem serca lewego przebiegających.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag o kiłowych schorzeniach narządu krążenia.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

Kiła narządu krążenia, a szczególnie samego serca, należy do rzędu tych spraw, o które w minionem stuleciu, prawie za naszej pamięci, toczyły się rozprawy o cechach istotnego sporu naukowego. Jakie panowały pojęcia, obowiązujące do pewnego stopnia ogół lekarzy, jeszcze około r. 1865, objaśniają bardzo dobrze słowa Virchowa[1]: »Während die früheren Autoren mancherlei von syphilitischen Auswüchsen (Condylomen) des Endocardiums zu erzählen wussten, so ist man in neuerer Zeit, vielleicht etwas zu ausschliesslich, davon zurückgekommen, und man hatte sich daran gewöhnt, die ganze Geschichte von der Herz-Syphilis als eine Fabel zu behandeln. Inzwischen ist im Laufe weniger Jahre eine ganze Reihe von Fällen zusammengekommen, welche das Vorkommen gummöser Knoten im Herzfleisch dartun. Ich selbst habe einen solchen Fall schon früher genauer beschrieben; seitdem habe ich noch einen anderen sicheren gesammelt«.

Wzmianki o »całym szeregu przypadków« nie należy bynajmniej brać dosłownie. W czasie, kiedy Virchow pisał powyższe słowa, przedstawiała się kazuistyka kiłowych schorzeń serca, o ile chodziło o przypadki, zbadane należycie pod względem klinicznym i anatomicznym, bardzo jeszcze skromnie. Przypadków takich znano zaledwie kilka. Pierwszym z nich było spostrzeżenie Riccorda[2]) z roku 1845, o tyle ważne, że badania anatomiczne wykazały stanowczo obecność cechujących zmian kiłowych w sercu, obok takichże zmian w innych narządach, przedewszystkiem w płucach, w niektórych mięśniach ciała i na prąciu.

W ciągu lat następnych ogłosili podobne spostrzeżenia Lebert[3]) w roku 1849 (jeden przypadek), Dittrich[4]) w r. 1852 (dwa przypadki), Friedreich[5]) w r. 1855 (jeden przypadek), L'Honneur[6]) w r. 1856 (jeden przypadek), wreszcie sam Virchow[7]) w r. 1858. Bardzo dokładne badanie samego serca, zwłaszcza zaś szczegółowe badania drobnowidowe, wykonane w tym właśnie przypadku, mają ogromnie doniosłe znaczenie naukowe dla rozwoju naszych pojęć o istnieniu i o istocie zmian kiłowych w mięśniu sercowym. Dopiero po tej publikacyi, jak niemniej po wydaniu obszernego dzieła »Die krankhaften Geschwülste«, w którem osoby ustęp poświęcił Virchow kiłowym guzom serca, zaczęto pilniejszą zwracać uwagę na zmiany kiłowe w narządzie krążenia. Pośrednio przyczyniły się do rozbudzenia większego zajęcia w tym kierunku także badania Heubnera, ogłoszone w r. 1874, przez które rozjaśnione zostały ciemne dotychczas zmiany w mózgu, powstające na tle zboczeń w krążeniu mózgowem, wywołanych przez przewlekłe zapalenie drobnych i najdrobniejszych tętnic, pochodzenia kiłowego.

Wyrazem większego zajęcia się sprawą kiły narządu krążenia, przedewszystkiem serca, są liczniejsze sprawozdania ze spostrzeżeń klinicznych i badań pośmiertnych, oraz streszczenia tych spostrzeżeń, zebrane w dwóch obszerniejszych pracach T. Langa[8]) i Mračka[9]). Pierwsza z nich, z r. 1889, przyniosła 44, druga z r. 1894 już 102 opisów przypadków kiły serca. W latach następnych, zwłaszcza zaś w ostatnich, powiększyła się jeszcze wcale znacznie ich liczba. Do dawniejszych dodać możemy 76 nowych spostrzeżeń, rozrzuconych w całem piśmiennictwie lekarskiem. Należą tu sprawozdania Curschmanna[10]), Rollestona[11]), Kockela[12]), A. Fränkla[13]). Lorraina[14]), Kröniga[15]), De Massary'ego[16]), Rendusa[17]), Duckwortha[18]), Stolpera[19]), Philipsa[20]), Jodlbauera[21]), Genersichta[22]), Moritza[23]), Loomisa[24]), Coggeshalla[25]), Adlera[26]), Hartgego[27]), Schunemanna[28]), Sie-Shava[29]), Lazarus-Barlowa[30]), Maya[31]), Thorela[32]),

---

[1]) Virchow. Die krankhaften Geschwülste. Berlin 1864—1865. T. II. S. 441.

[2]) Riccord. Gazette des hopiteaux. 1845. Cyt. według Virchowa l. c.

[3]) Lebert. Iconographies pathologiques 1849. Cyt. wedł. Virchowa.

[4]) Dittrich. Prager Vierteljahresschrift f. prakt. Heilkunde 1852. cyt. według Langa: Die Syphilis des Herzens. Wien. 1889

[5]) Friedreich. Krankheiten des Herzens w Virchow's Handbuch der Path. u. Ther. Erlangen 1855. Cyt. przez Langa l. c. i Mračka w Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893.

[6]) L'Honneur. Cyt. według Virchowa. l. c.

[7]) Virchow. Virchow's Archiv 1858. T. 15. S. 217.

[8]) T. Lang. Die Syphilis des Herzens. Wien 1889.

[9]) Mraček. Die Syphilis des Herzens. Archiv f. Dermat. u. Syph. II. Erg. Heft. S. 279 1894.

[10]) Curschmann. Schmidts med. Jahrbüch. T. 247. S. 97.

[11]) Rolleston. ibidem.

[12]) Kockel. ibidem.

[13]) A. Fränkel. Berl. klin. Wochenschrift. 1894. S. 296.

[14]) Lorrain: Schmidts med. Jahrb. T. 258. S. 257.

[15]) Kronig. Berl. klin. Wochenschrift. 1895. S. 969.

[16]) Massary. Schmidts med. Jahrb. T. 258. S. 199.

[17]) Rendus. Ref. Arch. f. Dermat. u. Syph. T. 36. S. 304.

[18]) Duckworth. Cyt. przez Stockmanna l. c. Nr 39.

[19]) Stolper. Cyt. przez Stockmanna.

[20]) Philipps. ibidem.

[21]) Jodlbauer. ibidem.

[22]) Genersicht. ibidem.

[23]) Moritz. Petersburger med. Wochenschrift. 1897. Nr 32.

[24]) Loomis. Schmidts med. Jahrb. T. 258. str. 198.

[25]) Coggeshall. ibidem.

[26]) Adler. Schm. med. Jahrb. T. 284. S. 132.

[27]) Hartge. Petersb. med. Wochenschrift. 1899. Nr 42.

[28]) Schünemann. Allgem. med. Centr. Zeitung. 1901. Nr 51 i 52.

[29]) Shav. Cyt. przez Stockmanna.

[30]) Lazarus-Barlow. ibidem.

[31]) May. ibidem.

[32]) Thorel. Virchows Archiv. T. 158. S. 271.

versa[33]), Rauschera[34]), Quensla[35]), Bussego i Hochheimera[36]), Wagnera i Qwiatkowskiego[37]), Woltkego[38]), Stockmana[39]), Webera[40]), Reittera[41]), Cleckasa[42]), Hucharda i Fiessingera[43]), Takeya'ego[44]), Fischera[45]), Buschkego i Fischera[46]), wreszcie polskich autorów Krokiewicza[47]), Żydłowicza[48]) i Renckiego[49]).

W liczbie 76 przypadków, zebranych z przystępnego dla mnie piśmiennictwa, nie mieszczą się jeszcze zapewne wszystkie spostrzeżenia kiły serca, opisane w okresie czasu od r. 1894 do chwili obecnej. Zastęp ich możnaby niewątpliwie powiększyć. Ale i wtedy jeszcze nie mielibyśmy właściwej miary dla ocenienia częstości zmian kiłowych w sercu, a tem samem dla należytego poznania etyologicznego znaczenia kiły dla schorzeń serca. Jest ono niewątpliwie większe, schorzenia na tem tle powstające są niewątpliwie częstsze, aniżeli wnosić można na podstawie tego, co nam daje w ręce piśmiennictwo kazuistyczne i oparte na niem prace statystyczne. A sprawa ta jest w każdym razie nader ważna, jeśli już nie powszechnie, to przynajmniej dla pewnych krajów i okolic, w których kiła pojawia się znacznie częściej i w cięższych postaciach, oraz dla pewnych warstw społecznych, nie dość oświeconych, nie znających następstw zakażenia kiłowego i nieumiejących ocenić doniosłości należytego leczenia. O ile więc znajdzie się potemu sposobność, jest poniekąd społecznym obowiązkiem lekarskim nie pomijać jej i dążyć do rozpowszechnienia wiadomości o schorzeniach serca, mających swe źródło w zmianach kiłowych. Podobnie działo się z kiłą mózgu, której znaczenia tak długo nie doceniano, mimo przekonywających prac Fourniera.

Syfilidologom znany jest dokładnie związek między przypadłościami sercowemi, a pojawieniem się drugorzędnych objawów kiły. Niekiedy bywają one tak znaczne i tak przykre, że są bezpośrednią przyczyną, która każe szukać pomocy lekarskiej.

Jeden z takich przypadków miałem sposobność spostrzegać na wiosnę 1907 r. Zakażenie powstało poza sferą płciową; pierwotne owrzodzenie rozwinęło się na migdałku i chory nie domyślał się jego przyrody. Dopiero po dłuższym czasie, jak podawał po dwóch mniej więcej miesiącach od chwili, kiedy spostrzegł owrzodzenie, zaczął doznawać duszności, bicia serca, bolu w okolicy serca, uczucia ogólnego niedomagania. Przy pierwszem badaniu stwierdziłem rozległą osutkę kiłową i znaczne podniesienie ciepłoty ciała. Uderzenie końca serca było przesunięte nieco poza linię sutkową, obszar stłumienia był większy od prawidłowego; nad lewą komorą słychać było, w miejsce I. tonu, miękki szmer; zresztą wszędzie czyste tony, jakkolwiek nieco głuche.

Chorego tego spostrzegaliśmy przez dłuższy przeciąg czasu wspólnie z ówczesnym kierownikiem oddziału chorób skórnych, Dr Glückiem. Pod wpływem leczenia przeciwkiłowego, przy zachowaniu zupełnego spokoju przez chorego, zmniejszyły się dość rychło objawy sercowe. Zupełny wszakże powrót do stanu prawidłowego odbywał się bardzo powoli. Jeszcze w późnej jesieni tego samego roku doznawał chory po nieco forsowniejszym ruchu uczucia duszności i bicia serca. Badanie serca, wykonane w spokoju, nie wykazywało pozornie ważniejszych zmian. Mimo to można było stwierdzić po krótkiej, 1—2 minut trwającej, gimnastyce pokojowej nadmierne przyspieszenie tętna z równoczesnem jego osłabieniem, przyspieszenie ruchów oddechowych, wyraźne zblednięcie skóry twarzy.

Jeśli uwzględnimy, że chory ten, doskonale zbudowany, z narządem krążenia dobrze rozwiniętym i wyćwiczonym już z tytułu zawodu — jako leśnik —, przed zakażeniem się kiłą nie doznawał żadnych przypadłości ze strony serca, to stanowczo uzasadnionem jest zapatrywanie, że jad kiłowy był tą istotną przyczyną, która w sercu wzniecila ważniejsze i trwalsze zmiany. Ocenione ze stanowiska klinicznego, przedstawiały one obraz zapalenia mięśnia sercowego w tej postaci, w jakiej je spotykamy w toku lub nawet już po przebyciu wielu chorób zakaźnych.

Jak często w przebiegu wczesnej kiły przydarzają się zmiany w czynności i w stanie serca, wykazuje na podstawie liczb Grassmann[50]) w pracy, opartej na spostrzeżeniach z kliniki monachijskiej. Między 288 chorymi, u których na serce szczegółową zwracano uwagę i szczegółowo je badano, było mniej, aniżeli czwarta część, bo tylko 23%, wolnych od jakichkolwiek przypadłości ze strony narządu krążenia. U reszty stwierdzano mniej lub więcej wyraźne objawy nieprawidłowej czynności serca, nierzadko nawet objawy względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej.

Przyroda anatomiczna tego rodzaju schorzeń nie jest dotychczas dokładnie poznana. Według Grassmanna przypuszczać można zmiany albo w nerwach, względnie w splotach nerwowych, jak to już dawniej twierdził Sacharjin[51]), albo też w samym mięśniu sercowym.

Ranvers[52]), zabierając głos w tej samej sprawie przed kilku laty, objaśnia zaburzenia czynności serca, zjawiające się we wczesnych okresach kiły, powstaniem zakaźnych miąższowych zapaleń włókien mięsnych, a więc w ten sposób, w jaki zazwyczaj pojmujemy zapalenia, spostrzegane w toku całego szeregu chorób zakaźnych, jak dur, płonica, błonica, zapalenie płuc, grypa i. t. d.

Wobec tego, że badania osutek kiłowych, przedsiębrane wielokrotnie przez rozmaitych lekarzy, między innymi przez Fr. Krzyształowicza[53]), wykazały dowodnie, jak wielką rolę pod względem anatomicznym odgrywają w powstaniu tej sprawy zmiany w naczyniach włosowatych, możnaby

---

33) Sievers. Zentralblatt f. inn. Med. T. 24. S. 632.
34) Rauscher. Cyt. przez Stockmanna.
35) Quensl. ibidem.
36) Busse i Hochheimer. Schm. med. Jahrb. T. 279. S. 211.
37) Wagner i Qwiatkowski. Schm. med. Jahrb. T. 279. S. 236.
38) Woltke. Ref. Monatsh. f. prakt. Derm. 1904. Nr 1.
39) Stockmann. Ueber Gummiknoten im Herzfleische der Erwachsenen. Wiesbaden 1904.
40) Weber. Zentralblatt für innere Medizin. T. 24. S. 881.
41) Reitter. Schmidts med. Jahrb. T. 290. S. 227.
42) Cleckas. Zentralblatt für innere Medizin. T. 27. S. 13.
43) Huchard i Fiessinger. Zentralblatt für innere Medizin. T. 29. S. 148.
44) Takeya. Schmidts med. Jahrbuch. T. 301. S. 124.
45) Fischer. Münch. med. Wochenschrift. 1894. Nr 15.
46) Buschke i Fischer. Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr 19.
47) Krokiewicz. Przegląd lek. 1894. Nr 18. (demonstracya).
48) Żydłowicz. Przegląd lek. 1900. S. 649.
49) Rencki. Przegląd lek. 1900. S. 30 (demonstracya).

---

50) Grassmann: Deutsches Archiv. f. klin. Med. T. 48 49.
51) Sacharjin: Deutsches Archiv f. kl. Medic. T. 46.
52) Ranvers: Therapie der Gegenwart 1904.
53) Fr. Krzyształowicz: Przegląd lek. 1900 str. 635.

z pewnem prawdopodobieństwem przypuścić, że i w sercu powstają w drobnych gałązkach tętnic wieńcowych, oplatających pęczki mięśniowe, nacieki, i że pierwotne zmiany rozwijają się nie w samym mięśniu. Niejakich podstaw do wypowiedzenia tego przypuszczenia dopatrywać się mogę w szczegółach, dostrzeżonych w sercu przy oględzinach pośmiertnych zwłok chorego z mojego oddziału, który zmarł na dur brzuszny. Chory ten przebył niedawno kiłę i okazywał jeszcze dowody tego zakażenia w postaci plamistych i odbarwionych zupełnie blizn na skórze i małych twardych gruczołów na karku, pod pachami i w przegubach łokciowych. Innych chorób zakaźnych miał nie przechodzić. Przy badaniu serca zwróciły uwagę drobne, zaledwo dostrzegalne ogniska tkanki łącznej, rozrzucone tu i owdzie wśród mięśnia. Tętnica główna i tętnice obwodowe nie okazywały żadnych zmian. Nie można ich było dostrzedz także w grubszych gałązkach tętnic wieńcowych serca. Natomiast w drobnych rozgałęzieniach ramienia zstępującego lewej tętnicy wieńcowej stwierdzono pewne zgrubienie ścian, a w preperatach drobnowidowych znamiona przewlekłego zapalenia tętnic końcowych. W otoczeniu tych właśnie naczyń rozwinęła się tkanka łączna. O zmianach w naczyniach wieńcowych serca w toku chorób zakaźnych mówi także Wiesel [54]).

Jakiekolwiek zresztą zmiany anatomiczne są podstawą wybuchu wtórorzędnych objawów kiły, to w każdym razie uwzględniać trzeba samo istnienie tego niedomagania i jego wielką częstość. I trzeba dalej z logiczną koniecznością uznać, że kiłowe schorzenia serca zasługują i z naukowego i w wyższym jeszcze stopniu z praktycznego stanowiska na pilniejszą uwagę, aniżeli się dziać zwykło. Zapatrywanie to toruje sobie coraz więcej drogę, a wyrazem jego są poważne prace i rozprawy, ogłaszane zwłaszcza w niemieckiem piśmiennictwie. Autorowie ich jak Neumann [55]), v. Düring [56]), Runeberg [57]) i i. występują bardzo gorąco za wielkiem etyologicznem znaczeniem kiły dla powstawania chorób serca i starają się o przekonywające na to dowody. Bezpośrednich, jak dotychczas, przytoczyć jeszcze nie można. Ale nie jest bez znaczenia to, co udało się Runebergowi uzyskać po przejrzeniu sprawozdań Towarzystwa ubezpieczeń »Kalewa« o przyczynie śmierci ubezpieczonych osób w przeciągu kilku lat. Wśród 734 zmarłych było 84 osób, które przebywały kiłę. Z tej liczby nastała śmierć w 33 przypadkach skutkiem choroby serca, a co najważniejsza, w 24 skutkiem porażenia serca. (C. d. n.).

Wpływ kąpieli gazowych mineralnych na krążenie krwi.

Podał

Dr Witold Skórczewski

z Krynicy.

Ułatwienie wessania świeżych wysięków śródsierdziowych było zdaniem Benekego u leczonych przez niego chorych gośćcowych naukowem uzasadnieniem świetnych wyników leczenia kąpielami z cieplicy gazowo-solankowej nauheimskiej. Zwiększenie się jednak materyału chorób sercowych w Nauheim w przeciągu następnych lat dziesięciu wykazało bezpodstawność pierwotnej hipotezy, a zarazem dało powód do postawienia przez braci Augusta i Teodora Schottów do dziś dnia głównie uznawanej teoryi o działaniu tychże kąpieli na podniesienie się ciśnienia krwi. Według nich w odpowiedni sposób dawkowane kąpiele w połączeniu z zabiegami mechano-terapeutycznymi mogą zastąpić działanie naparstnicy i z jej działaniem się upodabniają. Uważając bezwodnik węglowy za czynnik, głównie tutaj działający, rozszerzono teoryę braci Schottów na kąpiele gazowe, soli kuchennej nie zawierające, tak rodzime, jak i sztuczne.

Mimo, iż od czasu pierwszych prac braci Schottów upływa lat 25, tonizujące działanie kąpieli bezwodnikowych nie jest stwierdzonym dogmatem. I obecnie przy całym szeregu prac, potwierdzających zapatrywania braci Schottów na sprawę podniesienia ciśnienia krwi podczas kąpieli (Stifter, Saundby przyt. przez Müllera, Bezby-Thorne przyt. przez Müllera, Kinkskote przyt. przez Müllera, Campell przyt. przez Müllera, Heineman, Hensen, Kowalski, Battistini i Rovere, Ottfried Müller, Huchard przyt. przez Pawińskiego, Wybauw przyt. przez Pawińskiego, Pawiński), mamy zdania poważnych i sumiennych badaczy, znajdujących wyniki wprost przeciwne, t. zn. obniżenie ciśnienia. Tutaj należą: Ewald, Graupner, Graigner (przyt. przez Pawińskiego), Leith (przyt. przez Pawińskiego), Baltuszewicz, Schlesinger, De la Harpe, Strassburger. Wyniki zmienne, to obniżanie, to podwyższenie ciśnienia stwierdzali Jacob, Reisner i Grote, Laussedat (przyt. przez Pawińskiego), Stillmark.

Tak różne wyniki objaśniać można stosowaniem przez rozmaitych autorów w ich badaniach, czy to cieplic gazowo-solankowych, czy wód żelazistych, czy wreszcie kąpieli sztucznych z bezwodnikiem węglowym samym i razem z solą kuchenną. Dalej, pomiary wykonywano w rozmaitych ciepłotach kąpieli, co wpływa na znalezione wyniki; wreszcie posługiwano się przyrządami rozmaitymi, nie zawsze zbyt pewnymi, jak sfigmomanometrem Bascha, Riva-Rocciego pierwotnym modelem lub z manszetem według Recklinghausena, tonometrem Gärtnera. Nie obojętną również ze względu na wyniki jest rzeczą, czy badania podejmuje się u ludzi z chorem lub zdrowem sercem.

Nie będę przytaczać poszczególnych wyników różnych autorów, odsyłając czytelników do specyalnie sprawami kąpieli gazowych zajmujących się wydawnictw, a zwłaszcza do skrzętnie zebranego piśmiennictwa w pracy Pawińskiego; zwrócę tylko uwagę na prace z lat ostatnich i tak na badania Otfrieda Müllera u ludzi zdrowych, wykonane sfigmomanometrem Riva-Rocciego z manszetem Recklinghausenowskim; stwierdził on podnoszenie się ciśnienia powyżej 32° R i poniżej 28° R. Zmienne wyniki, otrzymane przez Reisnera i Grotego w Nauheim u 43 chorych na serce przy mierzeniu tonometrem Gärtnera przemawiają raczej za przewagą wpływu obniżającego ciśnienie. Również obniżenie ciśnienia stwierdzał de la Harpe przy ciepłocie kąpieli od 31—33° C. Natomiast Battistini i Rovere, dalej Hensen przy ciepłocie 24—28° R, wreszcie Kowalski z iden-

---

[54]) Wiesel: Wiener med. Wochenschrift 1906 Nr 1 i Wiener klin. Wochenschrift 1906 Nr 24.
[55]) Neumann: Syphilis, Nothnagels: Spez. Pathologie u. Therapie T. 23.
[56]) v. Düring: Deutsche med. Wochenschrift 1904.
[57]) Runeberg: Deutsche med. Wochenschrift 1903.

tycznie zachowującemi się porównawczemi kąpielami wodnemi stwierdzali stale podniesienie się ciśnienia. Wspomnieć dalej muszę o pracy Strassburgera z wynikiem doświadczeń, przeprowadzonych na osobnikach zdrowych, a mianowicie obniżeniem ciśnienia poniżej 40° C, zmniejszającem się z obniżaniem się ciepłoty kąpieli. Tak więc przegląd piśmiennictwa z lat ostatnich budzi pewien sceptycyzm dla teoryi o wzmaganiu się ciśnienia krwi, jako skutku działania kąpieli gazowych, a natomiast na pierwszy plan wysuwa się podkreślane przez tak dzielnych balneologów, jak Jacob i Kisch, rozszerzenie naczyń skórnych podczas kąpieli, zwolnienie czynności serca przy użyciu kąpieli dość chłodnych, jako warunków do oszczędzania wyczerpanego mięśnia sercowego i wypoczynku tegoż przez umniejszenie mu pracy.

Rozstrzygnięcie tutaj panujących niepewności ma dla balneologii nietylko teoretyczne znaczenie; powinno ono wpłynąć na uzasadnienie wskazań i przeciwwskazań przy stosowaniu kąpieli gazowych i dać wskazówki co do ich dawkowania tak pod względem czasu kąpieli, jej ciepłoty, jak i obfitości składników mineralnych, w wodzie zawartych. I te również praktyczne cele skłoniły mnie, iż przebywając w Krynicy i przypatrując się stosowaniu tamecznych kąpieli gazowych, widząc nieraz ich korzystne wyniki, postanowiłem powtórzyć doświadczenia nad wpływem kąpieli gazowych na obieg krwi przy użyciu naturalnej wody mineralnej i najnowszych dostępnych mi przyrządów, a układając doświadczenia w pewien dogodny dla wysnuwania wniosków system.

Doświadczenia wykonywałem w łazienkach mineralnych krynickich w wodzie, pochodzącej ze zdroju Słotwińskiego. Zdrój ten został w roku 1906 na nowo ujęty, nakryty taflą szklaną, sprowadzony rurociągiem do szczelnego zbiornika żelaznego, skąd woda dostaje się do miedzianych wanien, ogrzanych systemem Schwartza, t. zn. parą wodną, krążącą między podwójnem dnem wanny i ogrzewającą w wannie zawartą wodę.

Rozbiór wody ze zdroju Słotwińskiego według wyników, otrzymanych przez Prof. Dra Marchlewskiego w roku 1906, przedstawia się następująco:

Ciepłota wody w zdroju 7·37° C. powietrza 10·20° C.

A. Sucha pozostałość z 1000 gramów wody zawiera:

1. Chlorku sodowego $NaCl$	0·004040
2. Węglanu potasowego K_2CO_3	0·023430
3. » sodowego Na_2CO_3	0·608460
4. » litowego Li_2CO_3	0·001624
5. » wapniowego $CaCO_3$	0·486600
6. » barowego $(BaCO_3)_2$	0·028726
7. » strontowego $(S_2CO_3)_2$	0·018400
8. » magnezyowego $(MgCO_3)_2$	0·785000
9. Tlenku żelazowego Fe_2O_3	0·013397
10. » manganawo-manganowego Mn_3O_4	0·001562
11. Fosforanu glinowego $Al_2(PO_4)_2$	0·000774
12. Bezwodnika krzemowego SiO_2	0·019550
13. Siarczanu barowego $BaSO_4$	0·000570
Ogółem	1·992133
Bezpośrednio otrzymano ciał stałych gr.	2·009230
Powyższe składniki z wyjątkiem wymienionych pod 9—12 przeliczone na siarczany dają	2·726140
Bezpośrednio otrzymano siarczanów	2·732100

B. 1000 gr. wody zawiera w stanie rozpuszczonym

1. Chlorku sodowego $NaCl$	0·004040
2. Dwuwęglanu potasowego $KHCO_3$	0·033940
3. » sodowego $NaHCO_3$	0.863100
4. » litowego $LiHCO_3$	0·002984
5. » wapniowego $Ca(HCO_3)_2$	0·788060
6. » barowego $Ba(HCO_3)_2$	0·037750
7. » strontowego $Sr(HCO_3)_2$	0·026150
8. » magnezyowego $Mg(HCO_3)_2$	2·362100
9. » żelazowego $Fe(HCO_3)_2$	0·029830
10. » manganowego $Mn(HCO_3)_2$	0.003622
11. Fosforanu glinowego $Al_2(PO_4)_2$	0·000774
12. Kwasu krzemowego H_2SiO_3	0·025380
13. Siarczanu barowego $BaSO_4$	0.000570
Ogółem składników stałych	3·279300

Oprócz tego zupełnie wolnego bezwodnika węglowego 2·86970, co odpowiada 1460·40 cm³ w 0° i 760 mm. ciśn. barometr., lub 1500·39 cm³ w 7·37° i 760 mm ciśn. barometr.

Bezwodnik węglowy w dwuwęglanach 0·90415 gr, co odpowiada 460·12 cm³ w 0° i 760 mm. ciś. bar.[1]).

Prof. W. Jaworski i K. Flis w pracy p. t. »Badania fizykalno-chemiczne polskich wód zdrojowych« obliczyli ciśnienie osmotyczne wody słotwińskiej w atm. 1·90, przewodnictwo elektryczne właściwe 0·00281, obniżenie punktu marznięcia 0·16°.

(C. d. n).

Oceny i sprawozdania.

Dr E. Kapelusch: **Grundlinien der speziellen Symptomatologie.** Wiedeń i Lipsk. Braumüller. 1909. 6 kor.

Potrzeby lekarzy praktykujących, a zwłaszcza rozpoczynających praktykę, w dziedzinie lecznictwa i receptury, znajdują dostateczne zaspokojenie w licznych, może nawet zbyt licznych zbiorkach recept, kalendarzach, wydawnictwach kieszonkowych, almanachach leczniczych itp. Natomiast zbyt mało uwzględniona jest w tym względzie semiotyka i dyagnostyka. Toteż kolega nasz z Białej (galicyjskiej), Dr Kapelusch, powziął szczęśliwą myśl zebrania w sposób zwięzły i treściwy szczegółowej symptomatologii ze szczególnem uwzględnieniem dyagnostyki. Dzieło to o 380 stronach stanowi podręcznik, względnie rodzaj »repetitorium«, ułożonego alfabetycznie według nazw chorób, a zajmuje się wyłącznie znakami rozpoznawczymi i etyologią chorób z pominięciem leczenia. Przez zebranie różnorodnych objawów i cierpień oraz przez odpowiednie ich zestawienie zmusza autor niejako czytelnika do wciągania w krąg rozpoznawczy całego szeregu możliwości, by uchronić go przed omyłkami rozpoznawczemi. Pomimo powyższych zalet, dostrzegamy w podręczniku pewne wady i braki, zresztą nieznaczne. Tak np. autor przyjmuje (str. 15) jeszcze trzy postacie białaczki, który to podział dziś jest zarzucony. Pomiędzy szczegółowemi przyczynami, wywołującemi centralne porażenie nerwu twarzowego (str. 101) opuszczono nowotwory, usadowione w korze mózgowej i w przebiegu włókien kojarzących. Dalej nie można odnaleść ogólnej symptomatologii nerwobolów i bolów mięśniowych i wogóle innych bolów, które przecież lekarzowi praktykującemu w pierwszym rzędzie każą się zwrócić do takiego dzieła o poradę. Również brak uwzględnienia kurczów klonicznych, »tików«, nasieniotoku i t. p. Są to jednak braki, które na ogół nie odbierają wartości powyższemu dziełu. Stanowi ono przytem dobry i pożyteczny

[1]) Rozbiór wody podany został przez Adama Grabowskiego w czasopiśmie »Krynica« w roku 1908.

punkt oparcia dla studentów, lekarzy początkujących, oraz dla lekarzy, skazanych z konieczności na samych siebie w praktyce prowincyonalnej. Zaznaczyć również należy, że oprócz oparcia się o zasady, głoszone w wykładach tak znakomitego klinicysty, jakim był Nothnagel, uwzględnił autor także najnowsze, skąpe piśmiennictwo niemieckie w tym kierunku. Dr Blassberg.

Dr med. i fil. Georg Buschan. **Menschenkunde. Ausgewählte Kapitel aus der Naturgeschichte des Menschen.** Stuttgart 1909. str. 255. Cena 2 Mk. 80 fen.

W szeregu wydawnictwa »Naturwissenschaftliche Wegweiser« pojawiła się książka niewielka, z pożytkiem mogąca być czytana nietylko przez fachowych antropologów, przyrodników i lekarzy, lecz i przez szersze koła inteligencyi. Autor jej, z zawodu lekarz, służąc w marynarce, zwiedził wiele krajów, w których badał różne plemiona, a od lat kilkunastu jako redaktor »Centralblatt für Anthropologie« miał możność poznać całe współczesne piśmiennictwo antropologiczne i z niego stworzył obraz historyi naturalnej człowieka, mistrzowsko zestawiając w niem wydatniejsze fakta, zgodnie z ostatnimi wynikami wiedzy.

Po wstępie historycznym, pierwszy rozdział poświęcony jest antropologii ogólnej, teoryi rozwoju, zapłodnieniu i dziedziczności. Następnie traktuje dzieło o metodzie badań antropologicznych, kształtach budowy człowieka, wzroście, wadze, prawach wzrostu, powłokach ciała, owłosieniu, barwach włosów i oczu, różnicach płciowych. Antropologia szczegółowa rozpatruje budowę kośćca, a w szczególności czaszki, jak i części miękkich. Inne części książki są poświęcone antropologii oddzielnych części ciała, właściwościom płciowym, wpływom trzebienia, wreszcie następują rozdziały o mańkutach i nakoniec o stanowisku, zajmowanem przez człowieka w świecie zwierzęcym.

Dziełko bogato jest ilustrowane wizerunkami wielkich przyrodników, którzy badaniami swemi przyczynili się do stworzenia nauki o człowieku i wielu rysunkami, odnoszącymi się do fizycznego ustroju człowieka. Książkę wogóle, dzięki umiejętnemu wyłożeniu i stylowi, czyta się z wielkiem zajęciem.

Przy trudności wogóle ułożenia małego podręcznika antropologii, wobec dzisiejszego stanu tej wiedzy, obejmującej tak szeroki zakres, zwiększające się w ostatnich czasach zainteresowanie się nauką o człowieku czyni dziełko Buschana cennym nabytkiem.

Ponieważ naszego ubogiego społeczeństwa długo nie stać będzie na większe dzieło z zakresu antropologii, przeto przetłomaczenie na język polski książki Buschana byłoby bardzo na czasie; mogłoby ono liczyć na popyt naszych sfer inteligentnych, nietylko lekarzy i przyrodników, lecz i uczącej się młodzieży, poświęcającej się studyom o człowieku, czy to w celu poznania go, czy też w celu utylitarnym niesienia mu pomocy w dolegliwościach fizycznych.
J. Talko Hryncewicz.

Dr Władysław Hojnacki. **Hygiena kobiety.** Wydanie III, powiększone. Lwów. Gubrynowicz i Sp. 1910.

Z istotną przyjemnością należy powitać pojawienie się nowego wydania dziełka Dra Hojnackiego. W naszych warunkach dotychczas jeszcze ruch na polu higienicznem jest wśród społeczeństwa niestety bardzo słaby; to też trzeciego wydania w krótkim stosunkowo czasie dochodzi tylko książka bardzo dobra, a w zakresie higieniczno-popularnym bywa to u nas już niezwykłem zdarzeniem. Ale też dziełko Dra Hojnackiego jest rzeczywiście bardzo dobre; w niewielkich stosunkowo ramach umiał autor zmieścić wszystkie zasadnicze wiadomości, a przytem nadać książce ponętną szatę stylistyczną, świadczącą o prawdziwym temperamencie pisarskim, w dziełkach popularnych tak potrzebnym, a tak rzadkim. Toteż autor może być pewnym uznania zarówno swoich czytelniczek, jak i kolegów, zyskujących w tem dziełku nieraz ułatwienie wobec klientek, którym mogą książkę gorąco polecić. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Choroby narządu krążenia.

Finck. **Znaczenie stosunku ciśnienia krwi w tętnicach i naczyniach włosowatych w miażdżycy tętnic.** (Rev. de Med. 1908, Nr 8). Autor przeprowadził badania u przeszło 200 chorych, z tej liczby 15 spostrzeżeń podaje w swej pracy. Ciśnienie krwi w tętnicach mierzył F. przyrządem Basch-Potaina, a ciśnienie krwi w naczyniach włoskowatych tonometrem Gaertnera. Z badań F. wynika, że ciśnienie krwi w tętnicach może być prawidłowe przy objawach stwardnienia i odwrotnie zwiększone przy braku wszelkich objawów stwardnienia tętnic. Słowem niema żadnego stałego stosunku między wysokością ciśnienia w tętnicach, a ciężkością objawów klinicznych, pochodzących ze stwardnienia naczyń. Natomiast istnieje bardzo wyraźna, chociaż niestała zależność między wysokością ciśnienia w naczyniach włosowatych, a obrazem klinicznym miażdżycy. Wreszcie istnieje bardzo wyraźny stosunek, prawie stała równoległość, między wskaźnikiem ciśnienia, a zaburzeniami w krążeniu krwi. (Wskaźnik ciśnienia jest to stosunek ciśnienia w tętnicach do ciśnienia w naczyniach włosowatych; w warunkach prawidłowych równa się 1,50—2).

Śledząc w ciągu dłuższego czasu osoby chore na stwardnienie naczyń, można zauważyć, zdaniem F., że podniesienie ciśnienia w naczyniach włosowatych stale poprzedza podniesienie ciśnienia w tętnicach. Gdy pojawia się pierwsze, serce walczy z przeszkodą przy pomocy zwiększenia swej siły skurczowej. Hypertensya tętnic jest przeto aktem obronnym i wprost przeciwnym hypertensyi naczyń włosowatych. Ciśnienie krwi w tętnicach zwiększa się równolegle do zwiększenia ciśnienia w naczyniach włosowatych. Gdy nakoniec mięsień serca nie podoła pracy, następuje niedomoga, wskaźnik ciśnienia spada niżej prawidła i występują obrzęki. L. Mańkowski.

Huchard. **O stwardnieniu tętnic.** (Międzynarodowy Zjazd lekarski w Peszcie, 1909. Sekcya medycyny wewnętrznej). Autor zbiera wszystkie dane kliniczne, doświadczalne i anatomo-patologiczne, których rozbieżność czyni dotąd pojęcie stwardnienia tętnic niejasnem i bałamutnem, a leczenie tegoż cierpienia chaotycznem i bezradnem. Według Hucharda jest stwardnienie tętnic chorobą najczęściej rozsianą, rzadko tylko miejscową, atoli zawsze ma dążność do szerzenia się albo szybkiego, albo powolnymi etapami. Pod względem anatomicznym cechują to cierpienie stwardnienia narządów, wywołane przez zmiany tętnicze. Aczkolwiek te zmiany mogą być niekiedy pierwotne w aorcie, a nawet w zastawkach sercowych, to jednak najczęściej dotyczą naczyń średniego i drobnego kalibru. Pod względem klinicznym znamienne są objawy toksyczne, których wyrazem są kurcze (spasmes) naczyniowe i zmiany w napięciu naczyń, duszność, bezsenność, przyspieszenie tętna, połączone z niemiarowością lub bez niej, zawroty i zaburzenia mózgowe. Pierwotnem i przez cały czas choroby górującem zjawiskiem przy stwardnieniu tętnic jest zawsze zatrucie ustroju, wywołane przez nadużywanie pokarmów lub błędne odżywianie się. Tą drogą dostają się do ustroju liczne istoty trujące, które nadto nie mogą być dobrze wydzielane wskutek równoczesnej niesprawnej czynności nerek. Niedrożność nerek bowiem odgrywa zasadniczą rolę w rozwoju klinicznym tej choroby, a nawet całe leczenie skupia się w jej zwalczaniu. Zatrucie ustroju, wykazane przez Hucharda i innych autorów,

przejawia się na zewnątrz dusznością (dyspnée toxi-alimentaire), bezsennością, wzmożeniem parcia tętniczego, przyspieszeniem tętna i zawrotami głowy. Nadto pojawiają się kurcze naczyń (»spasmes« względnie »crises vasculaires«), które bywają ciągłe lub też napadowe. Tym kurczom odpowiada cały szereg objawów klinicznych, które Josué opisał w r. 1907. jako »drobne oznaki stwardnienia tętnic«. (Zobacz: Przegląd lekarski 1908, Nr 2. Przyp. sprawozd.). Dalej następują objawy zatrucia ze strony nerek, a mianowicie zmiany dna oka i wzmożenie się parcia tętniczego. Wzmożone parcie tętnicze jest już następstwem zatrucia i częstokroć stanowi obraz samoobrony ustroju i zbawienny odczyn przeciw przeszkodom obwodowym. Zwalczanie tego objawu nie jest istotnem zwalczaniem samej choroby, która może przebiegać także z obniżonem parciem. Te początkowe objawy, zwane przez Hucharda »praesclerosis«, a przez Bascha »sclerangia«, »angiorhigosis« i »angiosclerosis latens«, są zdaniem Hucharda napewno uleczalne. W dalszym przebiegu klinicznym można wyróżnić 3 typy tej choroby: 1) Nerkowo-sercowy, najczęstszy, połączony z dusznością i przyspieszeniem tętna, któremu także może towarzyszyć niemiarowość tętna. 2) Typ sercowo-zastawkowy ze zmianami na zastawkach, w miąższu sercowym i w nerkach. 3) Typ sercowo-opuszkowy. — Ośrodki nerwowe nie mają bezpośredniego wpływu odżywczego na tkanki, lecz działają tylko na nie pośrednio przez wpływ na naczynia. Huchard podnosi zasadniczą różnicę między stwardnieniem tętnic (arteriosclerosis) a miażdżycą (atheroma). Miażdżyca bowiem w przeciwieństwie do stwardnienia tętnic sadowi się głównie w dużych i średnich naczyniach, jest chorobą wieku starczego, dotyczy wyłącznie naczyń, ale nie trzew, i ogranicza się do naczyń przez cały czas trwania. Zmiany w naczyniach, wywołane doświadczalnie n. p. przez adrenalinę, tworzą miażdżycę, a nie stwardnienie tętnic. Aby wywołać stwardnienie tętnic, należy wstrzykiwać do ustroju, jak to czynił Boveri, istoty trujące n. p. mięso gnijące. Co do etyologii, to na 15.000 przypadków Hucharda (w tem czystych 2680) na pierwszem miejscu była skaza moczanowa łącznie z ołowicą, potem kolejno: gościec, kiła, dyeta nieodpowiednia, palenie tytoniu, choroby zakaźne, wyskok, zimnica, przekwitanie płciowe, przyczyny moralne i nerwowe.

Leczenie stwardnienia tętnic daje w pierwszych okresach korzystne rokowanie i powinno być zwrócone w kierunku zwalczania objawów zatrucia przez dyetę mleczno-jarską lub czysto mleczną, przez kąpiele gazowe, gimnastykę, miesienie, wody mineralne, oraz podawanie środków moczopędnych, kwasu tyminowego i tyreoidyny. W tym okresie, oraz w okresach bardzo późnych jest podawanie jodu przeciwwskazane. Objawy-następowe sercowe i tętnicze można zwalczać małemi dawkami jodu, trójazotynem, tetranitrolem, azotynem sodowym i teobrominą, a nadto zawsze stosować należy dyetę bezsolną, mleczną. W trzecim okresie, zastawkowym, stosować można oprócz dyety teobrominę i digitalinę. W czwartym okresie, rozszerzenia serca i obrzęków, należy ograniczyć ilość przyjmowanych płynów. Dr M. Blassberg.

Prof. Henschen. **O skurczowych czynnościowych szmerach serca.** (Zjazd lekarski w Peszcie, 1909. Sekcya medycyny wewnętrznej). Autor przechodzi kolejno wszystkie dotychchczasowe hypotezy, tłómaczące przypadkowe (accidentalis) szmery sercowe, i zarzuca te wszystkie teorye jako bezpodstawne. Natomiast twierdzi on, że szmery te zawsze pozostają w związku, i to przyczynowym, z rozszerzeniem serca. Wybitność szmeru bywa stale proporcyonalna do stopnia rozszerzenia serca. Przypadki przejściowe odznaczają się wprawdzie bardzo słabym szmerem, ale i nieznacznem rozszerzeniem. Szmer, zwany anemicznym, różni się według H. tylko stopniem i etyologią od wszystkich innych szmerów czynnościowych i organicznych, powstających przy niedomykalności zastawki dwudzielnej. Jest on zawsze wyrazem niedomagania lewej komory i lekkiej, choćby czasowej, niedomykalności zastawki dwudzielnej. Opierając się na istotnem znamieniu tych szmerów, t. j. na rozszerzeniu serca, nazywa H. szmery przypadkowe szmerami z rozszerzenia (Dilatationsgeräusche), co stanowi nazwę anatomiczną. Można też je nazwać szmerami czynnościowymi. Nazwa »przypadkowy« jest błędna, bo szmery te często utrzymują się stale. Według etyologii dzieli H. szmery z rozszerzenia na anemiczne, gośćcowe, septyczne, nerkowe (nephritisch) i t. p. Szmer jest według H. wprawdzie zawsze wyrazem rozszerzenia serca, ale zdania tego odwrócić nie można, bo często rozszerzenie przebiega bez szmerów, o ile towarzyszący przerost wyrównuje w zupełności dane rozszerzenie. Zazwyczaj powodem rozszerzenia, sprowadzającego szmery, bywa zaburzenie odżywcze lub zatrucie mięśnia sercowego. Bicie serca przy niedokrwistości i blednicy, przy której taki szmer znajdujemy, jest, zdaniem H., objawem wyrównawczym niedomogi lewej komory, zupełnie takim samym, jak przy organicznych wadach serca. Stąd wysnuwa H. ważny wniosek dla praktyki, że chorych z takimi szmerami należy przy wzmaganiu się objawów niedomogi położyć na dłuższy czas do łóżka. Postępując w ten sposób w licznych przypadkach, spostrzegał H. zmniejszanie się serca, znikanie szmeru, poprawę stanu ogólnego i ustępowanie bicia serca.

Dr M. Blassberg.

Neurologia i psychiatrya.

Todt. **Przyczynek do nauki o omamach.** (Klinik für psych. und nerv. Krank. 1909. T. IV. Z. 3.). Autor przytacza dwa przypadki: Chory, 20-letni młodzieniec, dziedzicznie nie obciążony. W dzieciństwie puchlina, żółtaczka; uczył się dobrze. Od 1904 r. miewa napady z 2—6 tygodniowemi przerwami, trwające 1—2 min., podczas których staje się uderzająco bladym, lub żółtym, dostaje nudności, a na zakończenie występuje uczucie bezsilności i ból głowy. Kurczów i utraty przytomności nie miewa. Podczas napadów widzi chory zawsze »postacie« ludzi lub zwierząt bardzo wyraźnie, jak żywe, — zdaje sobie jednak sprawę, że są to omamy. Napady następują nawet podczas rozmowy, której chory nie przerywa. Badanie fizyczne wykazało oprócz lekkiego wzmożenia odruchów — krótkowzroczność.

Drugi przypadek: kobieta 20-letnia, zdrowa. Noc spędziła przy ciężko chorej, która miała utrudniony oddech (jęczała, szlochała i t. p.). Na drugi dzień, siedząc sama w pokoju i czytając, usłyszała głośne, regularne oddychanie. Po sprawdzeniu nikogo w pokoju nie znaleziono. Podczas dalszego czytania usłyszała znowu głośne oddychanie ze szlochem i jękiem, które jej przypomniało oddychanie owej chorej. Zjawisko powtórzyło się jeszcze kilka razy podczas zajęć domowych. Dotknięta omamami, jasno zdawała sobie sprawę z tego, że to omam, nie rzeczywistość.

Na zasadzie tych przypadków dochodzi autor do wniosku, że omamy pod względem psychologicznym są zjawiskiem, podobnem do normalnego postrzegania (Wahrnehmung), pozbawionego tylko zewnętrznego bodźca. Normalne postrzeganie ma następujący przebieg: Dzięki jakiemukolwiek procesowi, odbywającemu się zewnątrz nas zostaje podrażniony odpowiedni narząd czucia i oddziaływa na odpowiednią część kory mózgowej, wywołując w niej cząsteczkowe lub podobne do nich zmiany. Na tem kończy się część czuciowa postrzegania. Intelekt nasz zapomocą właściwych naszej psychofizycznej konstytucyi pojęć o czasie i przestrzeni przyobleka te zmiany w sferze czuciowej w formę pojęcia o przedmiocie (Objectbegriff) i segreguje na zasadzie podobieństwa lub niepodobieństwa do poprzednich lub jednoczesnych postrzeżeń. A więc każde postrzeganie składa się z dwu części: czuciowej i intelektualnej. Z każdego postrzeżenia pozostaje ślad, obraz pamięciowy, dzięki któremu jest możliwe »poznawanie« dalszych przedmiotów, jako czegoś znajomego. Omamy w dwu opisanych przypadkach niewątpliwie są skutkiem jakiegoś

podrażnienia w odpowiednich sferach kory półkuli mózgowych; — wszelkie zewnętrzne podrażnienie musi być wyłączone. Czem zostały wywołane podrażnienia kory mózgowej, autor nie określa, zwraca tylko uwagę na to, że w obydwu przypadkach była zachowana świadomość tego, że są to omamy, nie rzeczywistość. Tylko z utratą krytycyzmu, a więc zaburzeniami w sferze intelektualnej, co wyraźnie występuje u chorych umysłowo, omamy mogą być uważane za rzeczywistość. J. Bednarz.

Kurt Halbey. **Leczenie padaczki bromglidyną.** (Psychiatr. neurol. Wochenschr. 1909/10, Nr 35). Autor stosował bromglidynę 2–8 razy dziennie po 0·05 u 10 chorych na padaczkę w ciągu dni 40. Wyniki streszcza autor w 4 punktach: 1) Ogólna suma napadów u chorych trochę się zmniejszyła. 2) Wskutek szybkiego wessania się bromglidyny, napady nawiedzały chorych przeważnie w nocy, pozwalając im pracować w dzień. 3) Ujemnych skutków używania bromu (t. zw. bromicy) nie było. 4) Drażliwość i popędliwość chorych wcale się nie zwiększyła, jak to bywa zwykle przy stosowaniu soli bromu. J. Bednarz.

Hösslin. **W sprawie przebiegu i zejścia obłąkania maniakalno-depresyjnego.** (Zentralbl. für Nervenh. und Psych. 1909, Z. 22). Autor zebrał obfity materyał, 228 chorych (83 m. 145 kob.), których obserwowano od kilku do kilkudziesięciu lat. 81 chorych autor badał osobiście i obserwował przez czas dłuższy. Wszystkich chorych dzieli na 2 grupy: 1) Chorych, już poprzednio przechodzących maniakalną lub melancholijną psychozę 31,5%. 2) Chorujących po raz pierwszy 63·5%. Z pierwszej grupy wyzdrowiało lub doznało znacznego polepszenia 96·7%, z drugiej zaś — 74·6%. W rokowaniu obciążenie dziedziczne nie gra tej roli, jaką zwykle mu przypisują. Na zasadzie przebiegu choroby, który bywa dość rozmaity, nie można przewidzieć, jak się choroba zakończy. Autor twierdzi, że 1) oprócz przewlekłej manii lub melancholii istnieje przewlekłe obłąkanie maniakalno-depresyjne; 2) następowe otępienie w tych przypadkach, wbrew zdaniu większości autorów, nie da się wykazać; 3) da się wykazać upośledzenie uczuciowe w postaci większego lub mniejszego przytępienia uczucia; 4) jeżeli choroba następuje po 40. r. ż. i trwa ponad pięć lat, rokowanie musi być oględne, szczególnie, gdy po ustąpieniu ostrych objawów ujawnia się stępienie uczuciowe. J. Bednarz.

Prof. Voss. **Na czem polega i co osiąga reforma nauki głuchoniemych Bezolda?** (Med. Klinik 1909, Nr 32). Niezapomnianą zasługą Bezolda jest odkrycie, że między t. zw. głuchoniemymi znajduje się przeszło 1/3 osobników, które posiadają pewne resztki słuchu, pozwalające im z czasem rozumieć mowę. Resztki te wykrywa się zapomocą przyrządu Edelmanna, przedstawiającego całą skalę tonów. Głuchoniemych z resztkami słuchu pomieszcza się zupełnie osobno i uczy mowy inaczej, mianowicie nietylko przez odczytywanie mowy z warg, ale także przez równoczesne mówienie im słów do ucha, przyczem w lusterku obserwują oni zarazem ruchy warg. Dotychczasowe wyniki tego leczenia są świetne. Przedewszystkiem przekonano się, że chorzy z resztkami słuchu uczą i rozwijają się umysłowo znacznie prędzej i lepiej, a dalej uczą się mówić wcale dobrze, a mowa ich nie jest monotonna, lecz modulowana. Uczeń, wyszedłszy z zakładu, może zupełnie dobrze nietylko porozumieć się z otoczeniem, ale nawet studyować w szkołach wyższych, i często nikt nie przypuszcza, że ma do czynienia z byłym głuchoniemym. O ile głuchoniemi zwykli sprawiają wrażenie automatów, o tyle uczeni metodą Bezoldą nie różnią się wiele od ludzi zdrowych. A.

Pedyatrya.

A. Aurnhammer. **Różnice w trawieniu żołądkowem przy naturalnem i sztucznem żywieniu.** (Arch. f. Kinderh. T. 51., Z. 4). Doświadczenia przeprowadzał A. u zdrowych osesków w wieku od 1½—6½ miesięcy, podając w 8 godzin po ostatniej porcyi mleka śniadanie próbne w postaci 100 gr herbaty, poczem w 30—45 minut wydobywał zgłębnikiem treść żołądkową. Autor postępował w ten sposób, że najpierw badał treść żołądkową u oseska karmionego naturalnie, później odłączał go nagle od piersi i żywił jakiś czas sztucznie, poczem przeprowadzał zupełnie analogiczne badanie. Wynikiem tych badań, przeprowadzonych na 13 oseskach, jest stwierdzenie, że ilość wydobytego z żołądka płynu w 30—45 min. po śniadaniu próbnem waha się w granicach od 0 do 60 cm³ i nie zależy od sposobu karmienia. Podobnie niestałą jest ilość kwasu solnego i stopień kwaśności. Natomiast podpuszczka wydziela się tylko przy sztucznem żywieniu, a wydzielania się jej nie powstrzymuje przywrócenie do piersi przez 14—21 dni. Ilość pepsyny w soku żołądkowym osesków karmionych piersią jest zawsze niższa, niż przy karmieniu sztucznem. Bujak.

L. Baron. **Przypadek złożonego schorzenia serca u oseska.** (Archiv f. Kinderh. T. 51., Z. 4.). U 6-miesięcznego oseska, dotkniętego charłactwem i obustronnem zapaleniem ropnem ucha środkowego, wystąpiły objawy posocznicy. Fizyczne badanie serca stwierdziło uderzenie koniuszkowe w 5. międzyżebrzu, na wewnątrz linii sutkowej, wstrząśnienie skurczowe całej okolicy serca i dołka podsercowego, obok tego skurczowe zaciąganie międzyżebrzy. Stłumienie serca sięgało na szerokość palca poza linię sutkową i przekraczało na ½ palca prawy brzeg mostka; tętno miarowe, ton skurczowy nad koniuszkiem serca nieczysty, z biegiem czasu przybrał charakter szmeru; tętno miarowe, przyspieszone. Sekcya wykazała zrost osierdzia całkowity z wyjątkiem koniuszka serca, złogi włóknikowe na zastawkach dwudzielnej i trójdzielnej, oraz skrócenie i zgrubienie mięśni brodawkowych lewej komory serca. Bujak.

H. Rosenhaupt. **Żyjący płód bez kończyn; w sprawie powstawania tej zmiany.** (Arch. f. Kinderh. T. 51., Z. 4.). Przypadek opisany dotyczy dziecka, którego matka cierpiała na przewlekły gościec stawowy i raz poroniła. Dziecko nie okazywało bezpośrednio po porodzie żadnych zboczeń, oprócz braku wszystkich kończyn, zaznaczonych tylko krótkimi kikutami, nie zawierającymi kości, jak to uwidacznia załączony rentgenogram. W 3. tygodniu życia pojawiła się u dziecka pęcherzyca przymiotowa, która pod leczeniem maścią resorbinową wkrótce ustąpiła. Dziecko zmarło w 6. miesiącu życia skutkiem zaburzeń trawienia. Powstanie opisanej wady rozwojowej przypisuje autor zmianom w owodni na tle przymiotowem, za którem przemawia gościec przewlekły i poronienie u matki, a pęcherzyca i ustąpienie jej pod wpływem swoistego leczenia — u dziecka. Bujak.

H. Vogt. **Rodzinne niedołęstwo umysłowe ze ślepotą; badania histologiczne i histopatyczne.** (Archiv f. Kinderheilkunde T. 51., zeszyt 4.). Autor podaje dokładny opis 3 przypadków wspomnianej choroby, badanych klinicznie, a później mikroskopowo w kierunku zmian histologicznych w układzie nerwowym ośrodkowym. Jeden przypadek dotyczył 1½-rocznego dziecka (forma dziecięca), z pozostałych jeden 15-letniego, drugi 21-letniego chłopca (forma młodzieńcza). We wszystkich przypadkach stwierdzono zanik władz umysłowych, ślepotę i porażenia wiotkie lub kurczowe. Mikroskopowo stwierdził autor zmiany rozsiane w całym ośrodkowym układzie nerwowym, polegające na nabrzmieniu i balonowatem rozdęciu ciał komórek nerwowych, na rozpadzie treści komórkowej, występowaniu siateczkowania w ciałkach Nissla i układzie włókienkowym; osłonka rdzeniowa okazywała w komórce ciemne ziarna, które prawdopodobnie wypełniają oka wspomnianej siateczki. Zmiany te wiodą w wielu miejscach do zupełnego zaniku komórek, na których miejscu buja włóknisto glej. W przypadkach formy dziecięcej zmiany były dalej posunięte, niż w formie młodzieńczej, co zgadza się z przebiegiem klinicznym obu form. Na podstawie tych wy-

ników uważa autor przypadki, opisane przez Spielmeyera, za należące do tej samej grupy, a formę dziecięcą i młodzieńczą za odmiany tej samej jednostki chorobowej.

Bujak.

Higiena.

Haselberg. **Tak zwane zatrucie ziemniakami, albo solaniną.** (Med. Klinik 1909, Nr 32). Już od 100 lat znane są masowe zatrucia po spożyciu ziemniaków. Zwłaszcza podobne przypadki spostrzegano w wojsku. H. miał także sposobność spostrzegać takie schorzenia masowe w wojsku po spożyciu sałaty ziemniaczanej. W celu wyjaśnienia rzeczy zajął się H. dokładniej tą sprawą, albowiem wydawało mu się to nieprawdopodobnem, by zatrucie pochodziło z większej zawartości solaniny w ziemniakach. Ziemniaki są bowiem dla wielu ludzi jedynym pokarmem, zatrucia więc powinny być spostrzegane na każdym kroku, tymczasem występują one stosunkowo bardzo rzadko. Przedewszystkiem więc wypróbował H. działanie czystej solaniny Mercka (polecanej przy nerwobolach, drżączce, dychawicy i t. p.) na sobie. Doszedł do dawki 0,2, którą brał dłuższy czas bez żadnych przypadłości. Tymczasem najwyższa zawartość solaniny w ziemniakach podług Pfuhla wynosi na kilgr. 0·24, a przecież nikt zwykle więcej nad kilogram ziemniaków na raz nie spożywa. Jedni twierdzą, że ziemniaki mogą wywołać zatrucie, gdy są za młode, inni znów — gdy są za stare i przechowywane w piwnicy, tymczasem spostrzegano zatrucia bardzo często pomimo, że dana sorta ziemniaków okazała się zupełnie zdrową. Wobec tego H. zwrócił swą uwagę w inną stronę, mianowicie na sposób przyrządzania ziemniaków. W wielu przypadkach podano, że zatrucie wystąpiło po spożyciu sałaty, lub też ziemniaków gotowanych przed kilku dniami. Dowodzi to, że nie ziemniaki jako takie są powodem zatrucia, lecz raczej ugotowane ziemniaki stają się pożywką dla drobnoustrojów i zatrucie »ziemniakami« nie jest niczem innem, jak zakażeniem drobnoustrojami lub zatruciem ich toksynami, podobnie jak to wykazano co do mięsa (epidemie paratyfusu i t. p.). Potwierdzają to także badania Schülla, który dowiódł, że zawartość solaniny w ziemniakach nie zwiększa się nigdy ani przez dłuższe przechowywanie, ani pod wpływem drobnoustrojów. Natomiast ziemniaki gotowane są znakomitą pożywką dla drobnoustrojów gnilnych, odmieńca, duru i prątka okrężnicy. Praktyczny wniosek z tego następujący: ziemniaki spożywać należy jedynie świeżo ugotowane, gdyż już po 24 godzinach mogą być one ze względu na zawartość drobnoustrojów i toksyn trujące. K.

Conradi. **Przechowywanie mięsa w lodzie, a zatrucie mięsem.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 18). O ile nie ulega wątpliwości, że mięso żywych zwierząt zawiera nieraz prątki paratyfusu B., b. enteritidis Gärtnera, to z drugiej strony nie da się zaprzeczyć, że częściej ulega mięso zakażeniu dopiero po zabiciu zwierzęcia, n. p. zakażając się przez ręce osobników, będących roznosicielami prątków, a wreszcie, co właśnie C. stara się wykazać, przez umieszczanie mięsa celem przechowania na lodzie naturalnym. C. badał różne próby lodu naturalnego, pochodzącego ze stawów i rzek i przekonał się, że zawiera on bardzo często wyżej wymienione, a żywotne drobnoustroje, i to po kilku nawet jeszcze miesiącach. Za tem przemawia także spostrzeżenie, że zatrucia mięsem zaczynają właśnie występować z chwilą nastania pory ciepłej, t. j. w okresie, gdy zaczyna się przechowywanie mięsa w lodowniach. Wynika z tego, że do przechowywania mięsa używać się powinno tylko lodu sztucznego i to czysto wyrabianego, i że unikać należy napojów z naturalnym lodem sporządzanych. A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 1. XII. 1909.

Przewodniczy: Prof. Dobrowolski. Obecnych członków 96.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Prof. Browicz wygłosił wykład: **Etyologia raka.** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi wskazuje Prof. Kostanecki na analogie między rozwojem komórki zarodkowej a komórki rakowej. Te same analogie wykazuje się w eksperymencie. Uważa również, że rozwiązania problemu nowotworu wogóle i raka specyalnie należy szukać w chemizmie tkanek. Po odpowiedzi Prof. Browicza, z powodu spóźnionej pory odłożono dalszą dyskusyę do przyszłego posiedzenia.

Sekretarz: Dr Morawski.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXXVI. posiedzenie naukowe z d. 17. XII. 1909.

I. Kol. O. Litwinowicz przedstawia i omawia **przypadek śluzowiaka (mucocele) zatok klinowych i sitowych.** Choroba trwa od lat 16, a zaczęła się prawie nagle. Wkrótce chory zaniewidział. W kilka miesięcy zaczął się wydzielać obfity płyn ropiasty z nosa, a wzrok się poprawił. Obecnie znaczne pogorszenie wzroku oka lewego. Badaniem można wykazać guz w tylnem nozdrzu, a podstawą jego jest podstawa jamy nosowo-połykowej. Przy nakłuciu otrzymano brudny cuchnący płyn, w którym stwierdzono gronkowce. Prelegent w celu leczniczym otworzył szeroko torbiel, przyczem nastąpiło wypadnięcie bocznej ściany torbieli. Oddziaływanie źrenic na światło wkrótce po zabiegu wróciło. Przypadek przedstawiony jest jedynym w piśmiennictwie, inne bowiem znane różnią się od przedstawionego znacznie. — W dyskusyi zaznacza kol. Orzechowski, że w przypadku tym wszystko przemawiało za nowotworem mózgu; właściwe rozpoznanie ustaliło badanie nosa. — Kol. Stachiewicz zauważa, że jednak mimo stwierdzenia torbiela nie jest wyłączona obecność guza mózgu, uciskającego na nerwy wzrokowe, na co odpowiada kol. L. uwagą, że ucisk na nerw wzrokowy jest tu następstwem rozdęcia jamy klinowej.

II. Kol. Blaim przedstawia **chrzęstniaka ręki** u 60-letniego starca. — W dyskusyi przemawiał kol. Ziembicki sen.

III. Kol. Herman: **O krwotokach z sutka.** Prelegent podnosi rzadkość tego rodzaju krwotoków, mówi o ich przyczynie (nowotwory). Następnie omawia 2 przypadki przez siebie spostrzegane (kob. 35 l. i 30 l.), w jednym stwardnienie ograniczone, zdaje się nie nowotworowe, w drugim gruczolak, a zastanawiając się nad przyczyną krwawień w tych przypadkach, dochodzi do wniosku, że jest nią najprawdopodobniej miejscowa miażdżyca tętnic, i to prawdopodobnie na tle kiłowem. — Dyskusya: Kol. Ziembicki widział krwawienie z sutka w przypadkach łagodnych nowotworów (dziewcz. 18 l.). — Kol. Szulisławski zapytuje, czy możliwa jest taka miejscowa miażdżyca tętnic sutka. — Kol. Hermelin zwraca uwagę na krwawienie ze sutka po wycięciu macicy i jajników, i to kiedy powinna wystąpić miesiączka. — Kol. Hornowski, poświęcając kilka słów patogenezie miażdżycy, jest zdania, że nie można zaprzeczyć możliwości miejscowej miażdżycy tętnic, n. p. sutka, co do którego brak specyalnych badań. Nowicki.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z dn. 4 maja 1909.

1) Kępiński przedstawia i omawia trzy przypadki **usunięcia soczewki celem wyleczenia** bardzo znacznego **krótkowidztwa.**

2) Karwacki przedstawia hodowle i preparaty **ziarenkowca czworaczego** z przypadku **zapalenia przyusznic** i jąder, podnosząc, że mikrob ten jest swoistym zarazkiem nagminnego zapalenia przyusznic.

3) Bartkiewicz. **Poszukiwania nad przeszczepianiem nowotworów złośliwych z człowieka na zwierzęta.** Dodatni wynik takiego przeszczepiania mógłby tłómaczyć tylko teorya pasorzytowego pochodzenia nowotworów; odrzucając tę teoryę, możnaby się spodziewać dodatnich wyników tylko przy przeszczepianiu w obrębie takich gatunków, które dają ze sobą potomstwo, np. koń i osioł, zając i królik. Inne ustroje są zanadto od siebie odległe, aby się przeszczepienie udać mogło. Dotychczas nie ogłoszono też ani jednego niewątpliwego przypadku przeszczepienia nowotworu złośliwego z człowieka na zwierzę. Również i próby B. (szczepienie raków sutka ludzkiego królikom w wątrobę) wypadły ujemnie. Wprawdzie przeszczepione kawałki powiększały się, ale powiększenie to zależało tylko od nacieku wtórnego i t. zw. króliczego zapalenia serowatego; zresztą zawsze stwierdzano tylko zmiany wsteczne. W sąsiedniej tkance wątroby stwierdzał B. zmiany zanikowe z gruczolakowatem bujaniem przewodów żółciowych. Powstające niekiedy po przeszczepieniu guzki na otrzewnej były przyrody zapalnej.

Dyskusya: Prof. Kryński wbrew zdaniu prelegenta uważa zagadnienie przeszczepialności raka za rozstrzygnięte w kierunku dodatnim, co zresztą zgadzałoby się z danemi, uzyskanemi przy przeszczepianiu tkanek prawidłowych; jednakże przeszczepione nowotwory rozwijają się w ustroju obcym tylko czas krótki, a potem ulegają zmianom wstecznym. Zupełnie ujemne wyniki B. tłómaczą się tem, że króliki stoją w szeregu zoologicznym zbyt daleko od człowieka, przyczem wątroba nadaje się mniej do przeszczepiań, zwłaszcza, że u królików ulega ona często samorodnym sprawom chorobowym przypominającym nowotworowe. Zmiany, znalezione przez B. w wątrobie królików po przeszczepieniu nowotworu, przypominające zapalenie śródmiąższowe wątroby, nie stoją z przeszczepianiem w związku. — Janowski podnosi, że bujanie przewodów żółciowych w wątrobie nie jest niczem dla raka swoistem i zdarza się często także u człowieka w różnych sprawach patologicznych. — Rejchman zauważa, że na królikach szczepienia raka wogóle się nie udają, a B. wykonał wogóle niewiele (tylko 10) doświadczeń. — Rzętkowski uważa zmiany, znalezione przez B. w wątrobie królików po szczepieniu, za zmiany zapalne około ciała obcego; zapytuje, czy B. często widywał marskość wątroby u królików prawidłowych i czy mu się nie powiodło wywołać jej przez proste nacięcie i utrudnienie doraźnego gojenia się. — Stanisław Mutermilch zaznacza, że dotychczasowe pomyślne przeszczepienia raka u zwierząt nie przyczyniły się wiele do wyjaśnienia patogenezy raka. Udają się one tylko u zwierząt tegosamego gatunku, a czasem nawet tylko w obrębie tegosamego szczepu; przeszczepiony rak rozwija się tylko z komórek przeszczepionych, obcych; komórki samego ustroju nie biorą przytem żadnego udziału. — W końcu przemawia prelegent, obstając przy przekonaniu, że przeszczepianie nowotworów na ustroje innogatunkowe jest niemożliwe. Do doświadczeń wybrał króliki, jako materyał najodpowiedniejszy. Zmian w wątrobie, znalezionych po szczepieniu, również za swoiste nie uważa, podzielając w tym względzie zapatrywanie Janowskiego i Rzętkowskiego. Z.

Posiedzenie z dn. 18 maja 1909.

1) A. Sokołowski i A. Tuchendler przedstawili 22-letniego suchotnika z guzami parafinowymi na karku, naśladującymi gruźlicze powiększenie gruczołów karkowych.

2) W. Starkiewicz i M. Eiger przedstawili okaz wielkiego **tętniaka aorty,** wywołującego zamknięcie światła tętnicy bezimiennej i zarośnięcie żyły głównej, a pochodzącego ze zwłok 59-letniego alkoholika.

3) St. Mutermilch przedstawił **prątki gruźlicze, zabarwione sposobem Gasisa** (zabarwienie eozyną, odbarwienie ługiem sodowym, podbarwienie błękitem metylenowym; por. Berl. klin. Wochenschrift 1909 Nr 18), który pozwala odróżnić prątki gruźlicze od innych prątków kwasoodpornych.

4) W. Łapiński i A. Kozerski przedstawili 15-letniego chorego, **wyleczonego z gruźlicy żuchwy i gruczołów szyjnych zapomocą rentgenizacyi.**

5) Karwacki przedstawia preparaty wykrytego przez siebie w 4 przypadkach posocznicy, dotąd nieopisanego mikroba: **coccobacillus fusiformis.**

W dyskusyi podnosi S. Mutermilch, że do badań bakteryologicznych powinno się brać krew wyłącznie z żyły i powtarzać badania kilkakrotnie dla wyłączenia zanieczyszczeń przypadkowych, zwłaszcza jeśli znaleziono gronkowca.

6) Hewelke: **Metoda genealogiczna w medycynie** (Rzecz, drukowana w »Przeglądzie lek.« 1909).

Dyskusya: — Żurakowski zaznacza, że badania dziedziczności w kierunku potomków są ściślejsze, niż w kierunku przodków; w znaczeniu biologicznem oba kierunki mają znaczenie jednakowe. Sprawę kazirodztwa należy brać bardzo ostrożnie; u roślin jawnokwiatowych jest ono niemożebne, u owadów niektórych jest zjawiskiem stałem, u kręgowców nic nie przemawia za jego pożytkiem. Usposobienie do pewnych chorób, jako cecha somatyczna, może się dziedziczyć. — S. Mutermilch podnosi, że wyzyskanie danych genealogicznych, oceny ich są nie trudne: toteż musimy polegać na danych, dotyczących najbliższych krewnych chorego. Higier podnosi rozwój piśmiennictwa niemieckiego w kierunku, wskazanym przez Lorenza; sądzi jednak, że dotychczasowe badania genealogiczne nie mają wartości naukowej ze stanowiska biologicznego. — Lubliner przypomina, że znacznie wcześniej od Niemców zajął się sprawą badań genealogicznych lekarz-Polak, Dr Antoni Józef Rolle z Kamieńca podolskiego, który bardzo ciekawe swe badania przedstawił Zjazdowi lekarzy i przyr. polskich w r. 1888.

7) Konwerski: **Emanacya radu w lecznictwie.** Omówiwszy obecne wiadomości o emanacyi i jej fizyologicznem działaniu (wpływ utleniający i wzmacniający przemianę materyi), przedstawił K. sposoby określania ilości i mierzenia t. zw. jednostek emanacyi, dawkowanie i wskazania przy stosowaniu emanacyi. Z.

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Posiedzenie zwyczajne w dn. 27. listopada 1909.

Zebranie zagaił przy nader licznym udziale członków prezes Tow. Dr Dobija i powołał niżej podpisanego do zastąpienia nieobecnego z powodu zajęć sekretarza.

Przedstawiono i przyjęto dwóch kandydatów, a to Drów Jana P. Stawickiego i A. Balcerzaka.

Komitet korespondencyi referuje los komunikatu Tow. Lekarzy Pol. do Sejmu Zjedn. P. R. K. Zebrani piętnują wystąpienie w tej sprawie Dra B. Klarkowskiego, nie-członka Towarzystwa, uważając, że Dr Klarkowski, czyniąc Tow. L. P. niesłuszne i niezasłużone zarzuty, wystawił sobie świadectwo, że dla osiągnięcia osobistej korzyści gotów jest, nie licząc się z prawdą, oczernić nawet i jedyną polską organizacyę lekarzy, która, niemając nic wspólnego ani z polityką, ani z religią, a będąc tylko ściśle naukową, dla niego, jako lekarza, powinna być przedmiotem szacunku i serdecznego poparcia, a nie oszczerczych zarzutów. Uważamy zresztą pocisk ów za chybiony, a postąpienie Dra K. pozostawiamy ocenie opinii publicznej.

Dr K. Żurawski, który na tem zebraniu miał się podzielić swemi wrażeniami z odbytej świeżo podróży naukowej po Europie, z powodu spóźnionej pory nie mógł tego uskutecznić, ale przyrzekł opisać tę podróż i swe spostrzeżenia na następnem zebraniu. Jako nowoobrany lekarz naczelny Z. N. P., prosił kolegów o wskazówki w sprawie udoskonalenia formularzy egzaminacyjnych tej organizacyi.

Sprawę odczytów popularnych postanowiono lepiej przedyskutować, a sprawę czasopism lekarskich odłożono do przyszłego zebrania.

Postanowiono urządzić zebranie towarzyskie i zaprosić do współudziału w urządzeniu Tow. dentystów i aptekarzy polskich. Do komitetu dla tej sprawy przeznaczył prezes Drów Statkiewicza, Pietrzykowskiego i Bożyncza.

W dyskusyach zabierali głos Drowie Boguszewski, Bożyncz, Ostrowski R., Pietrzykowski, Stupnicki, Szwajkart, Xelowski, Żurawski. Sek. posiedzenia: Dr W. Statkiewicz.

Cesare Lombroso.

Zestawił

Prof. Wachholz.

Zmarły przed kilku tygodniami rozgłośny profesor medycyny sądowej Lombroso, urodził się w Weronie w r. 1836 z matki Zefiry Levi i z ojca Arona Lombroso. Po matce odziedziczył zamiłowanie do pracy naukowej i poczucie wielkiej obowiązkowości. Studya lekarskie odbył w latach 1853—1859 w Padwie, Wiedniu i Pawii. Do roku 1863 pełnił obowiązki lekarza wojskowego, od r. 1864 zaś poświęcił się studyom nad psychiatryą w zakładzie dla obłąkanych w Pawii, następnie w Pessaro, gdzie rozpoczął swe klasyczne badania nad rumieniem lombardzkim (pellagra). W r. 1876 zwyciężył na konkursie na profesora medycyny sądowej w Turynie pracami o zachowaniu się ciepłoty w zwłokach, o ranach postrzałowych, a nadewszystko pracą o człowieku-zbrodniarzu, która w r. 1878 pojawiła się już w drugiem wydaniu i zdobyła jej autorowi wszechświatowy rozgłos. Obok dzieł jak »Medycyna sądowa zwłok« (1871) i »Wykłady z medycyny sądowej« (1909) poświęcił pracę całego swego życia sprawie badania świata zbrodni, zakładając w tym celu swe »Archivio di Psichiatria, Scienze penali ed Antropologia criminale« i zachęcając licznych swych uczniów do wspólnej pracy. I tak z Laschim wydaje »Zbrodnię polityczną«, z Ferrero i Tarnowskim z Petersburga »Kobietę jako zbrodniarkę i prostytutkę«, pod jego kierunkiem wydaje Balestrini »Dzieciobójstwo i spędzenie płodu«, Ferri »Morderstwo«, Maro i Drill »Zbrodniczość młodzieży« i t. d.

Owoce tej jego mrówczej pracy postaramy się w dalszym ciągu treściwie omówić. Lombroso zmarł 18. października b. r. z powodu zwyrodnienia mięśnia sercowego i miażdżycy aorty i tętnic wieńcowych, jak to wykazała sekcya jego zwłok, wykonana wskutek jego ostatniej woli przez profesora Tovo w zakładzie sądowo-lekarskim w Turynie, dokąd zaraz po śmierci zwłoki jego przeniesiono. Koło zwłok pełniła młodzież akademicka straż honorową. W myśl ostatniego jego zarządzenia przechowano mózg jego, ważący 1308 gr. i wolny zupełnie od zmian chorobowych (nawet tętnice wolne były od miażdżycy), w zbiorach zakładu anatomii opisowej. Zarząd miasta Turynu zezwolił, aby zwłoki pochowano w części Campo santo, przeznaczonej dla sławnych mężów. Lombroso, choć może utopista, dążył do osiągnięcia sprawiedliwości bezwzględnej, hołdując zasadzie pani de Staël: »Tout connaitre, c'est tout pardonner«.

Każdy postęp w nauce opiera się na hypotezie, która stanowi niejako rusztowanie jej przyszłego kształtu i rozwoju. A choć się hypoteza w dalszym ciągu badań okaże mylną, znaczenia nie traci, była bowiem czynnikiem, działającym płodnie na rozwój nauki w tym jej okresie, w którym się nie mogła oprzeć na żadnej pewniejszej podstawie.

Na luźnych spostrzeżeniach ze świata zbrodni, poczynionych przez Feuerbacha, Holtzendorfa, Laurenta, Despinea i innych, oparł Cesare Lombroso swą hypotezę o urodzonym zbrodniarzu, t. j. o człowieku, który na podstawie swych cielesnych i psychicznych, a wrodzonych mu właściwości musi się stać zbrodniarzem, choćby niewykrytym. Hypoteza Lombrosy upadła po kongresach antropologicznych w Paryżu i Brukseli, które nie uznały odrębnego typu antropologicznego w urodzonym zbrodniarzu włoskiego uczonego, niemniej jednak stała się podwaliną nowej nauki, zwanej antropologią kryminalną.

Antropologia kryminalna jest częścią ogólnej antropologii i zajmuje się badaniem zjawisk fizycznych, morfotycznych i czynnościowych, psychicznych i socyalnych, słowem wszystkich zjawisk, które mają związek ze zbrodniarzami. Nauka ta stara się wykazać, że zbrodnia łączy się ściśle z nieprawidłową budową organiczną zbrodniarzy, bo wypływa, jak każda czynność, z narządu, który nią zawiaduje. Zbrodnia posiada swe analogie w świecie zwierzęcym w zaciętych walkach, staczanych przez zwierzęta w celu zachowania jednostki, w celu zabezpieczenia sobie bytu, w celu zachowania gatunku (walka o samicę), a nawet w okrucieństwach, niczem nie wytłómaczonych, sprzecznych z instynktem zachowania gatunku, np. u wilczyc i suk, zabijających swe potomstwo. Zjawisk tych nie można nazywać u zwierząt zbrodnią, lecz tylko równoważnikiem zbrodni, niepodobna zarazem zapobiedz zjawiskom tym przez wymierzanie kar zwierzętom.

Te same zjawiska powtarzają się także i u ludzi dzikich, pierwotnych, wobec czego usprawiedliwione jest zapatrywanie, że zbrodnia jest zjawiskiem atawistycznem. Słuszności tego zapatrywania dowodziłyby także badania etymologiczne łacińskich mian zbrodni, t. j. »crimen« od »kri = czynić« i »facinus« od »facere=czynić«, przyczem zdaje się być niewątpliwem, że tak »crimen« jak i »facinus« znaczyły pierwotnie wogóle »czyn« i że dopiero później poczęto pewne czyny jako zbrodnicze temi mianami określać. Wiele czynów, piętnowanych obecnie jako zbrodnie, przedstawiało się dawniej jako czyny dozwolone, uświęcone zwyczajem i prawem, jak zabijanie starców, wątłych dzieci, jak spędzanie płodu, dzieciobójstwo, nierząd przeciwny naturze i t. d. Dla potwierdzenia zapatrywania na zbrodnię jako na zjawisko atawistyczne może posłużyć okoliczność, że nawet u ludzi kulturalnych spotykamy się z skłonnościami zbrodniczemi, choć przemijająco w wieku dziecięcym. Wiadomo, że dzieci wogóle nie znają litości i są dla słabszych od siebie i bezbronnych okrutne. Dzieciom zbywa na współczuciu, podstawie dzisiejszych społeczeństw i na powściągliwości, skutkiem czego poddają się gniewowi, zazdrości, zemście, kłamstwu i obłudzie. Te właściwości charakteru dzieci nikną zupełnie w miarę dojrzałości podobnie, jak pewne właściwości morfotyczne. Jeżeli zaś utrzymanie się pewnych właściwości embryologiczno-morfologicznych, np. niezamknięcie się w sercu otworu owalnego i t. d., w późniejszym wieku uważamy za wadę rozwojową wrodzoną, to logicznie rozumując, musimy także zachowanie się w dojrzałym wieku zbrodniczych skłonności, właściwych dzieciom, uważać za wrodzoną zbrodniczość. Ta wrodzona zbrodniczość jest zjawiskiem naturalnem, a wynika ze zwyrodnienia dotkniętych nią jednostek. Zdaniem Lombrosa zbrodniczość jest jedną z postaci zwyrodnienia, odznaczającą się wstrzymaniem w rozwoju, powrotem do stanu archaicznego ludzkości. Wstrzymanie w rozwoju wywołują u takich jednostek padaczka, alkoholizm, kiła i urazy. Lombroso przypisuje w tej mierze największe znaczenie padaczce psychicznej, która z jednej strony rodzi zbrodniarza, a z drugiej geniusza. Oba te krańcowe typy mają wspólne cechy, właściwe padaczce, t. j. obok znamion cielesnych zwyrodnie-

nia mają wspólne takie cechy psychiczne, jak peryodyczność i napadowość. Badanie cech tych, tak cielesnych, jak i umysłowych, jest zadaniem antropologii kryminalnej. Z cech anatomicznych zwyrodnienia, spotykanych u zbrodniarzy, ważne są zboczenia w szwach czaszkowych, prognatyzm, zbliżający twarz ich do zwierzęcej, wybujałości zatok czołowych, środkowe zagłębienie potyliczne, zboczenia w budowie kłykciów żuchwy, pochylona (uciekająca) broda, szerokie i odstające łuki policzkowe, wadliwości budowy nosa i podniebienia (torus i sutura transversa palati), luki międzyzębowe i t. d. Największe znaczenie przypisuje Lombroso średniemu zagłębieniu potylicznemu, które zaznacza miejsce usadowienia średniego płatu móżdżku, spotykanego u niższych zwierząt. (Dok. nast.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej ogłasza następujące

Ostrzeżenie.

Ostrzega się Kolegów, by się bez poprzedniego porozumienia z Izbą lekarską nie podawali o posadę lekarza filii Nowosądeckiej Kasy chorych w Grybowie.

Sekretarz: Dr Akerman. Prezydent: Dr Schoengut.

Wydział Związku krajowego lekarzy przypomina Kolegom uchwałę Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej z 13 kwietnia 1907 r., która opiewa: »Wobec gwałtownego ekonomicznego przewrotu, który zwłaszcza w ostatnich latach zaznaczył się podrożeniem tak wartości pracy w ogóle, jak i artykułów życia codziennego, żywności, mieszkań, opału i t. d. Izba lekarska zachodnio-galicyjska: 1) poleca lekarzom podwyższenie honoraryów lekarskich o 50% dotychczasowej wysokości; 2) wzywa wszystkich lekarzy, mających posady o ryczałtowem wynagrodzeniu w kasach chorych i tym podobnych instytucyach, by poczynili starania o odpowiednie podwyższenie płac; 3) oczekuje, że lekarze stosując się ściśle do tej uchwały, nie zaniechają nadal w poszczególnych, usprawiedliwionych wypadkach, kierować się względami humanitarnymi, których jednak bezwarunkowo uogólniać nie można. Prezydyum Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej«.

Wydział Związku Krajowego Lekarzy

Sekretarz: Dr Weinsberg. Prezes: Prof. Wicherkiewicz.

Związek państwowy organizacyi lek. austr. zwraca się do wszystkich organizacyi z wezwaniem, aby uchwalane przez siebie rezolucye w sprawie ubezpieczenia społecznego przesyłały niezwłocznie parlamentarnej komisyi ubezpieczenia społecznego i ministerstwu spraw wewnętrznych, oraz aby starały się o ogłoszenie i omówienie tych rezolucyi w prasie politycznej. Wszyscy bowiem interesowani w tej sprawie zasypują ministerstwo, parlament i prasę swemi uchwałami, rezolucyami i petycyami; jedni tylko lekarze nic nie czynią dla poparcia swych żądań. Równocześnie wzywa Związek wszystkich lekarzy w Austryi, aby w czasie feryi parlamentarnych starali się jak najusilniej zjednać posłów do parlamentu osobistymi zabiegami dla słusznych żądań lekarzy, w szczególności co do granicy dochodu ubezpieczonych (2400 K.) w zakresie prawa do bezpłatnej pomocy lekarskiej; natomiast co do zasiłków pieniężnych w chorobie i t. p., udzielanych ubezpieczonym, nie żądają lekarze ustanowienia żadnej granicy dochodu. *R.*

Lekarze powiatu brzeskiego, zebrani na Zjeździe powiatowym w d. 12. XII. 1909, uchwalili znieść bojkot posady lekarza okręgowego w Czchowie i polecają to miejsce jako przystępne do osiedlenia. Sekretarz: Dr Brzeski.

Kasa chorych z przystąpieniem dobrowolnem, nieograniczonem żadnemi zastrzeżeniami, zagraża lekarzom wileńskim. Jak bowiem donoszą dzienniki, organizuje się w Wilnie »Towarzystwo wzajemnego ubezpieczenia lekarskiego«. Celem towarzystwa jest leczenie bezpłatne członków. Ubezpieczenie zawiera się na rok, przyczem ubezpieczać się mogą oddzielne osoby, jak również całe rodziny, fabryki, zakłady przemysłowe i instytucye. Opłata za ubezpieczenie projektowana jest po 6 rb. od oddzielnych osób, 10 rb. od rodziny składającej się nie więcej niż z 4 osób, 12 rb. — od rodziny składającej się więcej, niż z 4 osób. Przy Towarzystwie będą lekarze wszelkich specyalności, nie wyłączając dentystów. — Rzecz ciekawa, czy i w jaki sposób reagować będzie ogół kolegów wileńskich na niebezpieczeństwo, jakiem taka kasa zagraża. R.

Przy opodatkowaniu lekarzy poleciło ministeryum finansów w Bawaryi uwzględniać następujące koszta wykonywania praktyki: opatrunki, narzędzia, pokój ordynacyjny, telefon, służba sanitarna, asystenci, koszta zastępstw w czasie urlopu lub choroby, spłaty za przyrządy i urządzenia kliniki, podróż lub automobil do przejazdów w praktyce i t. p. Natomiast nie mogą być uwzględnione następujące koszta: podróże dla przyjemności, dzienniki polityczne, służba domowa, koszta reklam, opłaty asekuracyjne i do towarzystw lekarskich i społecznych, maszyny do pisania, podróże naukowe, książki naukowe fachowe i czasopisma lekarskie (wyjątkowo te 2 pozycye mogą być uwzględnione). X.

Proces o cuda w Lourdes odbył się z końcem listopada w Monachium. Dr Aigner, autor artykułu zbijającego wiarygodność cudów w Lourdes, zaskarżył redaktora »Lothringer Volksstimme«, który zarzucił Dr A. nieuczciwe przekręcanie faktów. Sąd uznał artykuł Dra A. za naukowy i skazał redaktora na 30 dni aresztu, ewentualnie 300 marek grzywny. Mimo licznych świadków nie przytoczono przed sądem ani jednego przez lekarzy stwierdzonego cudownego wyleczenia. Wszystkie przypadki albo nie były przedtem badane przez lekarzy szczegółowo, albo też polegały na błędnem i powierzchownem rozpoznaniu. *X.*

Składka noworoczna na fundusz wdów i sierot im. śp. Jordana za rok 1909. (C. d.).

Po dziesięć koron nadesłali Drowie: B. Bieńkowski, prof. Schramm, Koncza, St. Kubisztal.

Po pięć koron nadesłali Drowie: S. Dwernicki, Fr. Gwozdecki, Rogalski, Steuermark, A. Knapczyk, K. Schneider, Brzeski, K. Dworzański, T. Koźniewski, K. Gerus, K. Bocheński.

Po cztery korony nadesłali Drowie: W. Świątek, P. Kepler, G. Dobrucki, Bryliński, Trzaskowski, J. Jastrzębski, M. Bujalski, Mendlowski, H. Bobkiewicz, J. Scharf, St. Łapiński, prof. Jurasz, J. Gałuszka, Rzegociński, W. Arnold, Fr. Sobolewski.

Po trzy korony nadesłali Drowie: J. Świątkowski, M. Schlank, Halbazany, Gidlewski, W. Kobryński, St. Chorόbski.

Po dwie korony nadesłali Drowie: A. Lewitner, doc. A. Gabryszewski, O. Loewy, M. Kohn, M. Elner, K. Podlewski, M. Teutelbaum, Hirschhorn, J. Puzdrowski, W. Pająćzkowski, I. Schneider, Pordes, E. Rose, A. Winogrodzki, D. Hordyński, Nodzyński, St. Balicki, T. Rawski, Godłowski, prof. Hermann, A. Bukowski, M. Jaworowski, E. Zadurowicz, Cz. Waligórski, K. Birkenfeld, N. Herzig, W. Jüngst, prof. Gliński (2 Kor. 30 h.), H. Sokołowski, R. Zatłokal, K. Gołębiowski, L. Blumenfeld, Jabłoński (Sanok), Better, B. Jaworski, H. Rosmarin, I. Gozdecki, Gabel, Nüssenfeld, I. Smyczyński, S. Altmann, Sochanik, Miszke, L. Brudziński, W. Orłowski, E. Herz, doc. Traube, F. Fuchs, E. Siegel, L. Stein, Blumenfeld, R. Landau, M. Wachs, H. Chwalibóg, A. Kramarzyński, M. Moscer, A. Kocay, I. Szwarc, M. Nowosad, Ehrlich, M. Stein, Z. Wachsel sen., A. Rosen, B. Zaorski, I. Petersil, H. Kronfeld, Ackermann, I. Dadlec, O. Zion, N. Gertler, W. Stupiński, P. Kuźnierczyk, T. Soniewicki, I. Aussobsky, Kostecki, Fr. Janczy, H. Sikorska, I. Kreutz, Z. Bobrowski, N. Feuerstein, W. Skórski, G. Zaremba, Markiewicz (Kałusz), E. Piasecki, Ikałowicz, B. Tabor, K. Woynarowski, A. Vincenz, doc. Chlumsky, Habicht, Staszewski, Liebermann, Schumann, Pisarski, Jabłoński, S. Ruff, T. Lachs, W. Lustgartenówna, L. Lustgarten, A. Kasprzyk, D. Hirsch, Radecki, F. Eisenberg, Schellenberg, W. Bylicki, St. Breyer, Moszkowicz, E. Lateiner, Dattner, E. Müller, Kohlberger, St. Kwiatkiewicz, A. Rubin, R. Rencki, Z. Reinhold, M. Reichenstein, A. Zopoth, I. Grek, prof. Barącz, St. Zabłocki, Z. Wallach, A. Wolf, A. Wachtel, Cz. Górski, prof. Beck, prof. Ponikło, I. Herscheles, prof. Szymonowicz.

(Dokończenie nastąpi).

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 5. XII. do 11. XII. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 30 † 3, odry 2 † 1, płonicy 9 † 1, błonicy 8 † 2, róży 11 † 3, duru brzusznego 14 † 3, duru plamistego 11, grypy 7, czerwonki 2 † 1. (Gaz. lek. Nr 52).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej zach.-galic. w d. 2 grudnia 1909 r.: 1) Prezydent, jako Delegat Izby, zdał sprawę z XIV. Wiecu Izb lekarskich. 2) W sprawie podania Sekcyi Sanockiej Tow. lek. galic. przyjęto do wiadomości wywody referenta Prof. Dobrowolskiego, którego zdaniem Izby lekarskie nie mają obecnie powodu zajmować się sprawą położnych, gdyż w tej sprawie są w toku pertraktacye ze strony rządu i kraju, obejmujące daleko szerszy zakres. Referent oświadczył się przeciw dwutypowości szkół położnych. 3) Załatwiono szereg spraw drobnych. 4) Przewodniczący zawiadomił, że Administracya podatków w Krakowie zwróciła się do Prezydyum Izby lekarskiej z prośbą o przeprowadzenie dochodzeń, mających służyć za podstawę wymiaru podatku zarobkowego lekarzy, a to celem sprawiedliwego rozdziału tegoż podatku. Wydział Izby uchwalił zgodzić się na propozycyę Administracyi podatków, o ile ona dotyczy lekarzy krakowskich i o ile Administracya podatków da zapewnienie, że przedłożone przez Izbę lekarską daty nie będą poddane powtórnej ocenie przez mężów zaufania. Przytem zauważyć należy, że podatek zarobkowy nie bywa wymierzany ściśle według przychodu brutto. Ogólny przychód ma jedynie dać podstawę do ocenienia zakresu zarobkowania.

Na posiedzeniu Wydziału Izby w d. 21. XII 1909: 1) Rozdano szereg zapomóg wdowom i sierotom po lekarzach. 2) W sprawie posady prowizorycznego lekarza zarejestrowanej kasy zapomogowej Stowarzyszenia kupców i młodzieży handlowej w K. uchwalono odpowiedzieć, że Izba lekarska uważa za swój obowiązek zaznaczyć, iż wszyscy podający się o posadę lekarze są kandydatami ze wszech miar poważnymi i posiadają wymagane kwalifikacye. 3) Wydano orzeczenia w sprawie honoraryów lekarskich Drów W. i G. 4) Wydano opinie w sprawie koncesyi na nowe apteki. 5) Załatwiono szereg spraw drobnych. 6) W sprawie reprezentacyi Izb lekarskich w Sejmie uchwalono udać się gremialnie do dr. Leo, jako prezesa subkomitetu dla reformy ordynacyi wyborczej, celem wręczenia mu petycyi, która również podpisana została przez Izbę lekarską wschodnio-galicyjską.

— Wydział »Polskiego Towarzystwa Balneologicznego« odbył w tych dniach posiedzenie w Krakowie pod przewodnictwem Jana hr. Potockiego. Na tem posiedzeniu prócz szeregu spraw administracyjnych i redakcyjnych poruszono również szczegóły, odnoszące się do następnego Zjazdu, połączonego ewentualnie z wystawą. Sekretarz Dr Zanietowski zdał sprawę ze zleceń ostatniego Zjazdu, oraz ze zebranego osobiście w Wiedniu materyału do projektu opodatkowania wód mineralnych. Część tego materyału przekazano Centralnemu Związkowi przemysłu krajowego, a Wydział uchwalił gorące poparcie akcyi obronnej. Wreszcie uchwalił Wydział poprzeć podanie Wiecu odbytego w »Zakopanem« do władz, oraz ze swej strony poczynić kroki co do nieustającej wystawy balneologicznej.

Sekretarz Wydziału: Dr Józef Zanietowski.

— Dyplom doktorski otrzymał p. Wiktor Łabęcki, rodem z Warszawy.

Lwów. »Tygodnik lekarski« otwiera rubrykę krytyki poznania lekarskiego, metodologii i historyi medycyny. Redakcyę »Tygodnika« objął Doc. Dr Witold Nowicki, a pismo przeszło na własność Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. Z »Gazetą lekarską« zawarł »Tygodnik« układ o wzajemne zniżenie prenumeraty.

Warszawa. Redaktorami »Gazety lekarskiej« obrani zostali przez grono współwłaścicieli Dr A. Puławski i W. Starkiewicz.

— Przedpłatę »Przeglądu lekarskiego« przyjmuje w Łodzi księgarnia St. Miszewskiego (Piotrkowska 87); najlepiej przesyłać przedpłatę przekazem pocztowym wprost do Administracyi w Krakowie.

— Dr Złobikowski, zmarły 20. XI. 1909, zapisał 20.000 rb. na fundusz opłaty wpisów szkolnych za dzieci i sieroty po lekarzach.

Z różnych stron. Członkami austr. Izby panów mianowani zostali m. i. Prof. Dr Horbaczewski i Prof. Dr Goll z Pragi.

— Otrzymujemy następujące pismo:

»W imieniu Paryskiego centralnego Komitetu międzynarodowych zjazdów elektrologii i radyologii mam zaszczyt zawiadomić, że piąty kongres odbędzie się w Barcelonie (w Hiszpanii) 13 września 1910. Ze względu na aktualną sprawę udziału Polaków w Zjazdach międzynarodowych, pozwalam sobie nadmienić, że na dotychczasowych Zjazdach elektrologii narodowości i nauce polskiej oddano, co się jej należy. Udzielam wszelkich informacyi. Dr Zanietowski. (Kraków, Batorego 1)«.

— Naczelną redakcyę »Dziennika elektrologii lekarskiej«, organu międzynarodowych Zjazdów elektrologicznych, powierzył komitet od r. 1910 Drowi Zanietowskiemu z Krakowa.

— Dr L. Zamenhof z Warszawy, twórca języka esperanto, ukończył 15. XII. z. r. 50-ty rok życia; z tego powodu urządziły towarzystwa esperanto w wielu krajach uroczyste obchody.

— Szefem sztabu generalnego armii Stanów Zjednoczonych został Dr Leonard Wood, z zawodu lekarz.

— Austryacka Izba Panów uchwaliła projekt ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych.

— Na czeski szpital dla dzieci w Pradze zapisał właściciel dóbr Stolz, Czech, 600.000 kor.

Zmarli: Dr Adam Karczewski, ordynator szpitala Dz. Jezus, wybitny chirurg, w 49 r. ż. w Warszawie; Dr Paweł Lewandowski, Warszawianin, adjutant Czachowskiego w r. 1863, w 61 r. ż. w Nowym-Jorku.

Redakcya otrzymała: Emil Godlewski jun.: Das Vererbungsproblem im Lichte der Entwicklungsmechanik betrachtet. Lipsk. 1909, str. 301, z 67 ryc. — W. Jaworski i E Mięsowicz: Über den verderblichen Einfluss der gegenwärtigen Richtung in den chemischen Fabriken und Apotheken auf die praktische Medizin. (Münch. med. Wochens. 1909).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

L. 4.700.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Wydział powiatowy w Stryju rozpisuje konkurs na posadę **lekarza okręgowego** z siedzibą w Ławocznem. Płaca roczna z funduszu powiatowego wynosi 1.500 Kor. Ryczałt na koszta podróży wynosi 800 Kor.

Okręg sanitarny obejmuje następujące gminy i obszary dworskie: Ławoczne, Chaszczowanie, Hrebenów, Hurar, Jelenkowate, Kalne, Karlsdorf, Klimiec, Libochora, Oporzec, Rożanka niżna, Rożanka wyżna, Sławsko, Tarnawka, Tuchla, Wołosianka, Wyżłów i Żupanie, razem 18 gmin z ludnością 15.534.

Ubiegający się o tę posadę mają przedłożyć:

1) Świadectwo dostatecznej fizycznej zdolności, wydane lub potwierdzone przez c. k. lekarza powiatowego;

2) Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

3) Dowód obywatelstwa austryackiego;

4) Świadectwo moralności; 402

5) Dowód znajomości języków krajowych;

6) Dowód przynajmniej dwuletniej praktyki w zawodzie lekarskim;

7) Dowód nieprzekroczonego wieku lat 40.

Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy udowodnią przynajmniej dwuletnią służbę w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego, albo że złożyli z pomyślnym skutkiem egzamin fizykacki.

Po myśli rozporządzenia wykonawczego do § 7 ustawy z dnia 2 lutego 1891 Nr 17 żądanie dowodu, iż ubiegający się nieprzekroczył 40 lat życia, nie odnosi się do tych kandydatów, którzy już piastują posadę lekarza okręgowego.

Lekarz okręgowy w Ławocznem będzie obowiązanym utrzymywać aptekę domową.

Obowiązki służbowe określa ustawa z 2 lutego 1891 Nr 17 rozporządzenie wykonawcze do tej ustawy i instrukcya służbowa, wydana przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym na zasadzie § 14 ust. kr. z 5 października 1906 Nr. 148 dz. u. kr.

Posada nadaną będzie tymczasowo na rok jeden, poczem Wydział krajowy orzeknie na wniosek Wydziału powiatowego o stałem jej nadaniu.

Podania ostemplowane marką stemplową na 1 Kor. należy wnosić do Wydziału powiatowego w Stryju w terminie do dnia 20 stycznia 1910 włącznie.

Stryj, dnia 15 grudnia 1909.

Z Wydziału powiatowego

Prezes:
Onyszkiewicz.

Do l. 998.

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę **lekarza domowego** przy szpitalu izraelickim fundacyi Maurycego Lazarusa we Lwowie.

Pobory wynoszą w pierwszym roku służby 1.200 Kor. wraz z całem utrzymaniem, w następnych latach 1.400 Kor. z utrzymaniem.

Podania należy wnieść do Zarządu szpitala izraelickiego najdalej do 15 stycznia 1910.

Bliższych wyjaśnień udzieli dyrektor szpitala radca ces. Dr. Henryk Mehrer w godzinach przedpołudniowych.

Lwów, dnia 30 listopada 1909. 461

Z Przełożeństwa Gminy wyznaniowej izraelickiej we Lwowie.

L. 2.258

KONKURS.

Gmina miasta Travnika w Bośni rozpisuje niniejszem konkurs na posadę **sekundaryusza** szpitala miejskiego w Travniku z roczną płacą 2.400 Kor., wolną praktyką w miarę, o ile służba szpitalna dozwoli, i wolnem mieszkaniem w szpitalu. Sekundaryusz liczy się w poczet urzędników gminnych jako drugi lekarz miejski.

Ubiegający się o tę posadę musi być stanu wolnego i winien wnieść należycie bośniackim stemplem zaopatrzone podanie do gminy miasta w Travniku najpóźniej do 1 lutego 1910 roku zarazem się wykazać, że posiada następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austro-węgierskiego lub bośniackiego; 401

2) Dyplom doktora wszech nauk lekarskich i

3) Dowody znajomości języka serbsko-kroackiego lub innego języka słowiańskiego.

O bliższe wyjaśnienia można się udać do zarządu szpitala gminnego w Travniku.

KONKURS.

Wydział powiatowy kamionecki rozpisuje niniejszem konkurs celem obsadzenia posady **lekarza okręgowego** z siedzibą w miasteczku Witków nowy w powiecie tutejszym.

Z posadą tą połączona jest płaca roczna 1.300 Kor. i ryczałt na objazdy i rocznych 700 Kor.

Lekarz ten obowiązany utrzymywać aptekę domową.

Okręg sanitarny obejmuje miejscowości:

Witków nowy, Witków stary, Suszno, Wulka susz., Płowe, Józefów, Ordów, Stryhanka i Dobrotwór.

Ludność 10.775 dusz. Oprócz wymaganej fizycznej zdatności, kompetenci wykazać się mają:

1) Prawem obywatelstwa austryackiego;

2) Dyplomem doktora medycyny, upoważniającym do wykonywania praktyki lekarskiej; 465

3) Znajomością języków krajowych;

4) Nieprzekroczonym wiekiem 40 lat życia;

5) Praktyką najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;

6) Odznaczać się nieskazitelnym charakterem.

Posada lekarza okręgowego połączona jest z prawem do emerytury a to w granicach postanowień ustawy z 12 maja br. Nr. 68 dz. ust. kr.

Między kandydatami przy równych zresztą warunkach, pierwszeństwo będą mieli ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego, albo egzaminem fizykackim.

Podania wnosić należy tutaj najdalej do 10 stycznia 1910 r.

W Kamionce str. 27 listopada 1909 r.

Z Wydziału Rady powiatowej.

Prezes:
Thullie.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.